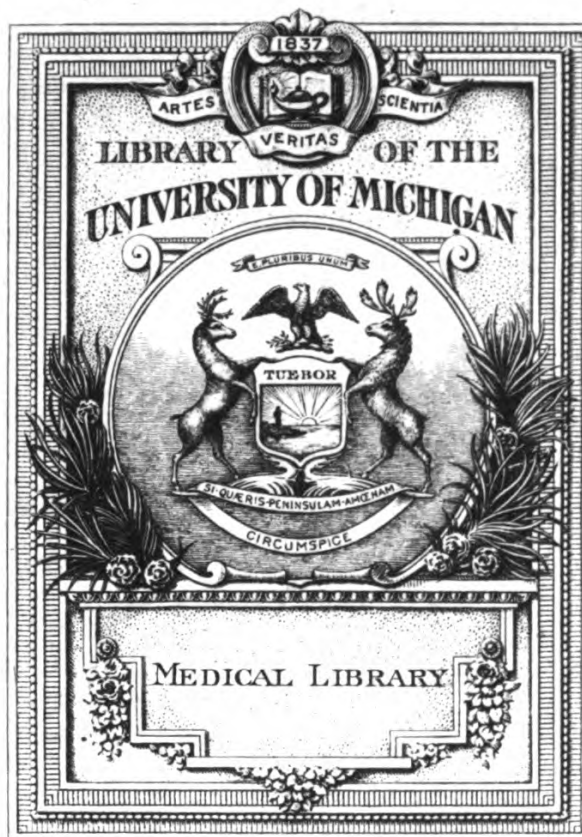




Excerpta medica

1912 / 1913.





610.
E95

Digitized by

Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben
von
San.-Rat Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.



Zweiundzwanzigster Jahrgang
1912/1913.



BENNO SCHWABE & Co., LEIPZIG
1913.

*Medical
müller
1-29-27
13902*

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.—ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer** in **Friedenau - Berlin.**

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 1.

Oktober 1912

An unsere Leser!

Als der unterzeichnete Herausgeber vor 22 Jahren die „Excerpta medica“ gründete, hatte er sich zum Ziele gesetzt, aus allen namhaften medizinischen Zeitschriften das herauszusuchen, was für den Praktiker von wirklichem Wert ist, und diese Excerpte den Kollegen so übersichtlich geordnet zu überliefern, daß sie mit wenig Zeitverlust sich über alles Wichtige und Wissenswerte orientieren könnten, was in der neuesten medizinischen Literatur publiziert worden war.

Daß eine solche Zeitschrift einem Bedürfnisse entsprach und noch entspricht, beweist der große Erfolg, den die „Excerpta medica“ von Anfang an hatten, ein Erfolg, der sich von Jahr zu Jahr steigerte und dem Blatte bisher treu geblieben ist.

Dieser Erfolg bringt uns jetzt in die angenehme Lage, unseren Lesern noch mehr zu bieten als in den vergangenen Jahren. Der Umfang des Blattes wird — wie schon die heutige Nummer zeigt — bedeutend vergrößert, so daß wir nicht nur die Zahl der Referate wesentlich vermehren, sondern auch Sammelreferate über wichtige Themata und ausgewählte Originalartikel bringen können. Diese Nummer enthält bereits die interessante Arbeit des bekannten Magdeburger Klinikers E. Schreiber, in der nächsten Nummer werden die Leser ein Sammelreferat über „Therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie“ finden, in Nr. 3 kommt Prof. Vulpius zum Wort usw.

Den Hauptinhalt der „Excerpta medica“ sollen freilich — entsprechend unserem Programm — weiter die Excerpte aus andern Zeitschriften bilden, Referate, die — befreit von allem theoretischen Ballast — nur den praktisch wichtigen Kern der Arbeiten enthalten. „Aus der Praxis — für die Praxis“, das wird nach wie vor unser Leitmotiv bleiben, und wir hoffen, daß dies

Prinzip, an dem wir seit nunmehr 22 Jahren uns streng halten, vereint mit dem „Mehr“ und dem „Neuen“, das wir von jetzt ab bieten, unserem Blatte die alten, treuen Leser erhalten und ihm zahlreiche neue zuführen wird.

Der Abonnementspreis bleibt — trotz der wesentlichen Vergrößerung des Blattes — ebenso niedrig, wie er bisher war, damit jeder, auch der minderbegüterte, Praktiker die „Excerpta medica“ abonnieren kann und so in der Lage ist, alle vier Wochen den praktisch wichtigen Inhalt von ca. 50 medizinischen Zeitschriften kennen zu lernen und für seine ärztliche Tätigkeit nutzbringend zu verwerten.

**Die Redaktion der „Excerpta medica“:
Dr. E. Graetzer in Friedenau - Berlin.**

Originalarbeit.

Die Behandlung der Syphilis in der Praxis.

Von Dr. E. Schreiber,

Ober-Arzt der inneren Abteilung und Direktor des Krankenhauses
Magdeburg - Sudenburg.

Die Entdeckung der *Spirochäta pallida*, die Einführung der Sero-diagnostik, die Möglichkeit, die Syphilis auf bestimmte Tierarten zu übertragen, und nicht zuletzt die Einführung der Chemotherapie sind die festen Grundlagen für die Erfolge der modernen Syphilistherapie, deren heutigen Stand ich hier in kurzen Zügen schildern möchte.

Die Frage, wann mit der Behandlung der Syphilis begonnen werden soll, ist heute zweifelsohne dahin zu beantworten, daß wir bestrebt sein müssen, mit dieser so frühzeitig wie möglich zu beginnen. Die Gründe, die man wohl bisher gegen eine Frühbehandlung anführte, nämlich, daß man warten müsse, bis die Diagnose mit absoluter Sicherheit zu stellen sei, was oft erst bei Ausbruch des Exanthems möglich sei, daß auch die beste Kur eine Kupierung der Syphilis nicht erzielen könne, und ferner, daß der Erfolg der Behandlung im Sekundärstadium wirksamer sei, muß man jetzt als hinfällig betrachten. Heute ist der Nachweis der *Spirochäten* bei einiger Uebung durchaus nicht so schwierig und läßt sich mit Hilfe verschiedener Schnellfärbemethoden, des Burri'schen Tuschverfahrens und der Dunkelfeldbeleuchtung sehr leicht in der Praxis durchführen. Selbstverständlich darf man sich nur bei einem positiven Ausfall mit einer Untersuchung zufrieden geben, bei negativem dagegen ist es nötig, die Untersuchung mindestens sechsmal zu wiederholen, um absolut sicher zu gehen, falls nicht inzwischen die Wassermann'sche Reaktion schon positiv ausgefallen ist. Uebrigens wird heute überall Gelegenheit gegeben sein, das Sekret in einem bakteriologischen Untersuchungsamt untersuchen lassen zu können. Ich mache nur darauf aufmerksam, daß das Sekret nicht direkt von dem Geschwür entnommen werden darf, sondern daß man am Rande des Geschwürs mit einem Skalpell oder auch mit der scharfen Kante des Objektträgers etwas schabt, bis etwas Serum mit wenig Blut austritt. Dieses Serum wird dann auf den Objektträger gebracht, ausgestrichen und an der Luft getrocknet.

Die Kupierung der Syphilis ist deswegen in so vielen Fällen erfolglos gewesen, weil, wie wir aus Experimenten und klinischen Beobachtungen mit absoluter Sicherheit wissen, die *Spirochäten* nur in den ersten vier Wochen nach der Infektion auf die Umgebung ihrer Eintrittspforte beschränkt sind. Sie in dem Primäraffekt abzutöten, wird naturgemäß leichter sein, als wenn sie bereits die nächsten Lymphdrüsen ergriffen haben oder schon darüber hinausgewandert sind. Die Beweise für die Richtigkeit dieser Auffassung liegen in den Tatsachen, daß es sich bei den im Laufe der letzten Zeit wiederholt

publizierten Fällen von Reinfektion ausnahmslos um Patienten mit Primäraffekten gehandelt hat, und daß es nach dieser Zeit nur selten gelingt, Patienten mit einer einzigen Kur dauernd zu heilen. Ferner haben uns die Beobachtungen der letzten Jahre gezeigt, daß man mit um so weniger Kuren auskommt, je frühzeitiger man mit der Behandlung nach den ersten vier Wochen beginnt.

Nach dieser Einleitung möchte ich nun kurz die Methode schildern, die wir jetzt im allgemeinen auf unserer Abteilung befolgen und die sich mutatis mutandis in die Praxis übertragen läßt. In all den Fällen, bei denen der Primäraffekt noch besteht und exzidiert werden kann, entfernen wir ihn sofort nach Stellung der Diagnose, weil wir damit einen Haupt-herd aus dem Körper eliminieren und so ein weiteres Ueberwandern der Spirochäten von dort aus verhüten. Läßt sich der Primäraffekt wegen seines Sitzes nicht entfernen, so tut man gut, ihn zu kauterisieren oder durch heiße Luft zu zerstören. Andernfalls kann man auch Quecksilberpflaster auflegen oder lösliche Quecksilber- oder Arsenpräparate in der Umgebung einspritzen.

Gleichzeitig hat nun die allgemeine Behandlung einzusetzen. Wir wenden nur noch die Kombination von Salvarsan und Quecksilber an, weil diese Methode nach Ansicht der meisten Autoren die besten Resultate liefert. Und zwar beginnen wir mit einer Salvarsaninjektion, die in bestimmten Zwischenräumen wiederholt wird. Es ergibt sich nun die Frage, welches Salvarsanpräparat man wählen soll und in welcher Dosis. Für die intramuskuläre Injektion kommt ausschließlich das Neosalvarsan in Anwendung. Auch für die intravenöse Injektion, die sich in der Praxis sehr wohl durchführen läßt, verdient es zweifellos vor dem Altsalvarsan den Vorzug, da seine Lösung einfacher herzustellen ist. Es wird nur in 0,5%iger Kochsalzlösung gelöst und ist dann sofort, d. h. ohne Neutralisation zur Injektion fertig. Auch sind bei den von uns jetzt verwandten Dosen die Nebenerscheinungen entschieden geringer, als bei dem Altsalvarsan, während beide sich an Wirksamkeit gleichen, wenigstens haben die meisten Autoren eine geringere Wirksamkeit nicht feststellen können. Nur bei größeren Dosen resp. bei kleineren Zwischenpausen zwischen den einzelnen Injektionen stellen sich unangenehme Nebenerscheinungen ein.

Für die intravenöse Injektion würde ich als höchste Dosis bei Männern 0,4 Altsalvarsan resp. 0,6 Neosalvarsan ansehen, bei Frauen 0,3 resp. 0,45, bei Kindern 0,1 resp. 0,15. Auf die Herstellung der Lösung brauche ich wohl hier nicht einzugehen, da dieselbe in der Vorschrift der Höchster Farbwerke genügend klar angegeben worden ist. Für die intramuskuläre Injektion wählen wir 0,15 bis höchstens 0,45 Neosalvarsan, diese Menge wird in 4 bis höchstens 5 ccm Kochsalzlösung gelöst. Als Injektionspunkt nehmen wir den Glutaeus medius, weil wir dort bestimmt keine Nerven treffen und schädigen können. Erforderlich ist aber, daß man wirklich

intramuskulär spritzt, man muß daher stets eine längere Nadel benutzen. Die Injektion soll auch möglichst langsam gemacht werden, denn je schneller man injiziert, um so empfindlicher ist die Einspritzung. Wir haben in der letzten Zeit sehr viel solcher Injektionen ausgeführt, und ich habe mich davon überzeugen können, daß ihre Wirkung der der intravenösen gleichkommt. Die Resorption des Neosalvarsans vom Muskel aus ist wegen seiner leichten Löslichkeit eine außerordentlich prompte, das sehen wir auch daran, daß in allen spirochätenreichen Fällen, und zwar schon nach einigen Stunden, Fieberreaktionen zu beobachten sind, wie nach einer intravenösen Injektion. Dementsprechend tritt auch die Herxheimer'sche Reaktion in den Fällen, bei denen man gerade kurz vor Ausbruch des Exanthems spritzt, schon wenige Stunden nach der Einspritzung auf. Deshalb ist auch bei der intramuskulären Injektion dieselbe Vorsicht bezüglich der Dosierung geboten, wie bei der intravenösen. In jedem Fall ist es ratsam, mit kleineren Dosen zu beginnen, zumal da, wo es sich um schwächliche Patienten handelt, oder wo eine Organerkrankung vorliegt. Selbst kleine Dosen wie 0,15 sind durchaus nicht so unwirksam, wie man vielleicht befürchten könnte. Man steigert dann die Dosis bei jeder weiteren Injektion bis zu der oben angegebenen Höhe, die dann nur bei äußerst kräftigen Personen überschritten werden dürfte. Auch bei ganz frischer sekundärer Lues soll man mit der ersten Salvarsaninjektion vorsichtig sein. Es ist im allgemeinen noch nicht genügend bekannt, daß schon zu Beginn des sekundären Stadiums der Körper mit Spirochäten durchseucht ist, daß insbesondere auch die Meningen nicht davon ausgenommen sind. Man muß sich vor Augen halten, daß auf jede Salvarsaninjektion eine lokale Reaktion erfolgt mit Hyperaemie und Schwellung, wie wir das z. B. auch bei Primäraffekten beobachten. Diese Lokalreaktionen an den Meningen können bei forcierter Dosierung verhängnisvoll werden, sie lassen sich aber mit absoluter Sicherheit vermeiden, wenn man dementsprechend die Dosis geringer wählt. Ich weise hier ausdrücklich darauf hin, daß auch in der von Hoechst herausgegebenen Gebrauchsanweisung betont worden ist, daß speziell bei Kranken mit leichtesten nervösen Erscheinungen vorsichtig vorgegangen werden muß.

Etwa eine halbe Woche nach der ersten Salvarsaninjektion beginnt man dann mit der Quecksilberbehandlung, um nach etwa 14 Tagen die zweite Salvarsaninjektion, nach weiteren 14 Tagen die dritte folgen zu lassen, und so fort, bis die Wassermann'sche Reaktion negativ geworden ist, die man etwa sechs Wochen nach Beginn der Kur zum erstenmal anstellt. Ich komme darauf unten noch einmal zu sprechen.

Welches Quecksilberpräparat soll man nun wählen? Erfreulicherweise ist zu konstatieren, daß nunmehr auch, angeregt durch die Erfolge der Chemotherapie mit Arsenikalien das Studium der Chemotherapie

des Quecksilbers Fortschritte macht. Die bisher bekannten Quecksilberpräparate sind zweifelsohne noch weit von dem Ideal eines solchen entfernt. Es wird wie beim Arsen darauf ankommen, ein Präparat zu finden, das möglichst wenig organotrop, aber um so stärker spirochätotrop wirkt. In letzter Zeit sind verschiedene Quecksilberpräparate in Erprobung, die, soweit sich bis jetzt konstatieren läßt, den bisherigen Präparaten bezüglich dieser Forderung weit überlegen sind. So interessant es auch wäre, hier über die Chemotherapie des Quecksilbers einiges zu berichten, so muß ich es mir leider an dieser Stelle bei dem rein theoretischen Interesse versagen. Auf Grund experimenteller Studien müssen wir aber feststellen, daß die bisherigen Quecksilberpräparate nur nach ihrem Gehalt an Quecksilber wirksam sind, und es ist deshalb gleich, welches Präparat man wählt, wenn die Dosierung darnach eingerichtet ist. Es leistet dementsprechend auch die alte Schmierkur, wenn sie gut durchgeführt wird, das heißt, die einzelnen Einreibungen wirklich zweckentsprechend gemacht werden, und die Menge des verriebenen Quecksilbers nicht zu gering ist, gute Resultate; wenn man sicher gehen will, so muß man mindestens 200 g verreiben lassen. Für die Anwendung der übrigen Präparate hält man sich am besten an den Grundsatz, daß von den löslichen ein um den anderen Tag injiziert wird, von den unlöslichen die Woche nur zweimal. Von den unlöslichen Quecksilberpräparaten werden in den meisten Fällen zwölf Injektionen nötig sein. Der Vorzug des Kalomels beruht darauf, daß man eine größere Menge Quecksilber gefahrlos einführen kann. Etwas schneller wirken entschieden die löslichen Quecksilberpräparate, dafür um so nachhaltiger die unlöslichen, und man kann deswegen eventuell auch so verfahren, daß man in der ersten Hälfte der Kur die löslichen Präparate und in der zweiten die unlöslichen wählt.

Uebrigens will ich nicht unerwähnt lassen, daß uns auch die interne Behandlung in einzelnen Fällen sehr gute Resultate geliefert hat. Man verwendet hier sehr zweckmäßig das Mergal, ebenso kann auch Hg-Glidine Gutes leisten.

Ich komme nun nochmal auf die Frage zurück: wie lange soll man diese Kur fortsetzen, und wann bedarf sie der Wiederholung? Unsere Erfahrung hat uns gezeigt, daß man darnach streben muß, die erste Kur so lange fortzusetzen, bis die Wassermann'sche Reaktion absolut negativ ist. Ist dies der Fall, was meistens nach einer Kur von sechs Wochen eintreten dürfte, so wiederholt man in der ersten Zeit alle vier Wochen die Wassermann'sche Reaktion, um sofort, wenn diese wieder positiv werden sollte, von neuem mit der Kur zu beginnen. Man muß dem Patienten immer wieder vor Augen halten, daß man ihm bei konsequenter Durchführung der Kuren fast garantieren kann, daß er geheilt wird. Wenn es auch einmal passiert, daß wir kurz nach dem negativen Ausfall der Wassermann'schen Reaktion wiederum von einem Rezidiv überrascht werden, so sind diese Fälle doch selten. In weitaus den

meisten Fällen kann man sich von dem Ausfall der Wassermann'schen Reaktion insoweit leiten lassen, als man da, wo diese noch positiv ist, weiter behandeln muß, während anderseits der negative Ausfall uns keine sichere Garantie bietet, daß die Reaktion nicht in Kürze wieder positiv wird. Experimentelle Studien und klinische Erfahrungen haben gelehrt, daß wir auch bei positiver Reaktion in der Latenzzeit die Syphilis behandeln müssen, um den Ausbruch von Rezidiven und das Fortschreiten der Erkrankung zu verhüten. Wir müssen an dem Grundsatz festhalten, daß die Syphilis im allgemeinen nur durch eine chronische intermittierende Behandlung zu beseitigen ist. Man darf auch die Kur im Beginn der Erkrankung nicht allzu milde wählen, es wird darauf ankommen, die Spirochäten mit allen Mitteln zu töten resp. abzuschwächen.

Erst wenn die Wassermann'sche Reaktion zwei Jahre negativ war seit der letzten Behandlung, und in diesen Jahren auch keine klinischen Erscheinungen wieder auftraten, darf man den Patienten mit einiger Reserve als geheilt betrachten. Da in den meisten Fällen die Reaktion doch nach einiger Zeit wieder positiv wird, so ist auch vorgeschlagen worden, weiterhin sich überhaupt nicht durch den Ausfall der Wassermann'schen Reaktion leiten zu lassen, sondern die Kur im ersten Jahr mit zwei- bis dreimonatlichen Unterbrechungen und im zweiten Jahr noch etwa zweimal wiederholen zu lassen.

Eine intensive Behandlung der Syphilis ist gerade in der ersten Zeit um so notwendiger, damit auf jeden Fall die sogenannten Neurorezidive vermieden werden. Es besteht wohl kaum noch ein Zweifel darüber, daß diese sich an den Gehirnnerven abspielenden Prozesse echteluetische Erscheinungen sind und nicht etwa auf Schädigungen durch Arsen beruhen. Das beweisen am besten wohl die Tatsachen, daß überall da, wo die Lues intensiv behandelt wurde, Neurorezidive fehlen, daß in den meisten dieser Fälle weitere Salvarsanbehandlung zur Heilung führte, und, endlich, daß solche Neurorezidive auch nach ungenügender Quecksilberbehandlung auftreten. Die Gefahr einer ungenügenden Behandlung liegt aber bei dem Salvarsan um so eher vor, als die klinischen Erscheinungen nach den Injektionen sehr bald schwinden, und sich infolge dessen der Patient, weil er sich geheilt glaubt, zu früh der Kur entzieht.

Während bei der Behandlung der primären und frischen sekundären Lues die Anwendung von Jod unzweckmäßig erscheint, ist das Jod bei der Behandlung der späteren sekundären und tertiären Syphilis am Platz. Wir wissen, daß, je länger die Krankheit besteht, und besonders daher bei den tertiären Fällen, die Wassermann'sche Reaktion außerordentlich hartnäckig positiv ist, ja es scheint sogar Fälle zu geben, bei denen man trotz aller angewandten Mittel überhaupt nicht zum Ziele kommt, das heißt, die Reaktion negativ macht, und wo trotzdem weitere Erscheinungen ausbleiben. Ich habe nur wenige solcher Fälle gesehen, und man muß auch die nächsten Jahre abwarten, wie diese weiter verlaufen, so

daß ich doch vorläufig dringend raten möchte, die Kur nicht eher zu unterbrechen, als bis man dies Ziel erreicht hat, und erst, wenn wiederholte Kuren nicht zum Ziele geführt haben, dann könnte man sich entschließen, zunächst einmal abzuwarten, wie sich der Verlauf weiter gestaltet. Von den Jodpräparaten habe ich in der Regel jetzt die neueren wie Jodglidine, Sajodin vorgezogen, weil sie besser vertragen werden, als das Kalium jodatum.

Man hört wohl noch vielfach das Bedenken äußern, daß das Salvarsan zu giftig sei und sich damit seine Anwendung in der allgemeinen Praxis von selbst verbiete. Wenn auch nicht bestritten werden soll, daß es selbstverständlich Personen gibt, die gegen Salvarsan überempfindlich sind, wie wohl kaum ein Arzneimittel existiert, das nicht Ueberempfindlichkeitsercheinungen hervorrufen könnte, so muß auf der anderen Seite doch festgestellt werden, daß die Zahl dieser Patienten außerordentlich klein und sicher nicht größer ist als beim Quecksilber. Insbesondere ist das Arzneiexanthem nach Arsen nicht unangenehmer als die Nebenerscheinungen bei Quecksilber. Hält man sich an die oben angegebene Dosierung, so dürfte kaum eine schwerere Schädigung vorkommen, insbesondere ist bei exakter Beobachtung der oben angegebenen Vorschriften jeder Todesfall auszuschließen. Selbst die Fieberreaktionen lassen sich vollkommen sicher vermeiden, resp. verringern, wenn man die Anfangsdosis klein wählt. Es gibt auch noch einen zweiten Weg, diese Fieberreaktionen ganz auszuschalten, nämlich die Vorbehandlung der Patienten mit Quecksilber, derart, daß man vor der ersten Salvarsaninjektion einige Einspritzungen macht oder ein paar Gramm Quecksilbersalbe verreiben läßt. Im übrigen wird von allen Seiten zugegeben, daß bei richtiger Dosierung des Neosalvarsans die Nebenerscheinungen geringer sind, besonders die Magendarmstörungen, als beim alten Salvarsan.

Ich habe bereits darauf hingewiesen, daß Organerkrankungen, zumal Herz-, Lungen-, Nieren- neben Zerebralaffektionen, besondere Vorsicht erfordern. Bei solchen Patienten soll man stets nur mit den kleinsten Dosen beginnen und vorsichtig steigern. Uebt man diese Vorsicht, so gibt es kaum eine Kontraindikation. Besonders Weintraud hat ja gezeigt, daß selbst schwereluetische Herzerkrankungen durch kleinste Dosen Salvarsan mit Erfolg behandelt werden können. Ich habe mich stets von der Ueberschätzung des Salvarsans frei gehalten und habe auch nie bestritten, daß man mit Quecksilber ebenfalls gute Resultate erzielen kann. Es ist aber festzustellen, daß, was Schnelligkeit der Wirkung anbetrifft, entschieden das Salvarsan dem Quecksilber auch in kleinen Dosen überlegen ist. Ich habe deswegen empfohlen, mit Salvarsan zu beginnen und mit Quecksilber weiter zu behandeln, weil wir dann den Vorteil haben, daß die klinischen Erscheinungen sehr schnell abheilen; es wird damit naturgemäß die Gefahr der Uebertragung von vornherein geringer. Bei der Gelegenheit möchte ich übrigens auch noch erwähnen, daß wir unsere

Puellae publicae intermittierend bei positivem Ausfall der Wassermann'schen Reaktion, die bei ihnen auch beim Fehlen von klinischen Erscheinungen in gewissen Abständen gemacht wird, behandeln, um dadurch zielbewußte Prophylaxe zu treiben. Andererseits wird die Kombination von Quecksilber mit Salvarsan uns davor schützen, daß wir durch unsere Behandlung Arsen- oder Quecksilber-feste Stämme erzielen. Man kann sich die Kombination von Quecksilber mit Salvarsan auch so vorstellen, daß man eine einmalige Sterilisation (durch Salvarsan) mit einer Dauersterilisation (durch Quecksilber) verbindet. Somit glaube ich, daß man die Frage, ob man Arsen oder Quecksilber anwenden soll, dahin beantworten muß, nicht Arsen oder Quecksilber allein, sondern beides nebeneinander.

Wenn sich auch die Hoffnungen, die man auf das Salvarsan gesetzt hatte, nicht voll und ganz erfüllt haben, so müssen wir doch zugeben, daß wir in dem Salvarsan ein neues sehr wirksames Mittel besitzen, das, in zweckmäßiger Weise angewandt, ebenso gefahrlos ist, wie das Quecksilber, und wir müssen ferner konstatieren, daß gerade die Einführung des Salvarsans in die Therapie die Lehre von der Syphilis von neuem belebt und zu erfreulichen Resultaten geführt hat und noch führen wird. Wir zweifeln auch nicht, daß noch bessere Arsenpräparate zu erwarten sind, wie wir auch noch bessere Quecksilberpräparate für die Therapie bekommen werden. Damit ist unsere Hoffnung auf eine wirklich zielbewußte Behandlung der Syphilis schon heute vollkommen und ganz begründet. Wir haben jetzt zwei brauchbare Waffen im Kampf gegen die Syphilis, lernen wir mit ihnen zu zielen und sicher zu treffen.

Agrypnie.

Ueber Luminal, ein neues Hypnotikum schreibt Dr. Martin Goldstein (Dr. Oestreicher's Privatanstalt Nordend - Niederschönhausen): „Auf Veranlassung der Farbenfabriken Bayer & Co. habe ich seit Oktober 1911 zusammen mit dem leitenden Arzt der Anstalt, Dr. Finckh, Versuche mit einem neuen Arzneimittel Luminal ausgeführt. Die Prüfung ließ sich auf Grund der physiologischen Versuche durch Impens rechtfertigen. Bei unserem Vorversuch im Oktober wandten wir Luminal sowohl innerlich wie auch das leicht lösliche Natronsalz des Luminals subkutan an und sahen schon damals, daß es innerlich einen ziemlich starken hypnotischen Effekt erzielte. Dagegen überraschte die Tatsache, daß es in dieser Hinsicht subkutan ganz versagte, wie sich später herausstellte, aus dem Grunde, weil die durch Aufkochen des Mittels bewirkte Herstellung einer Lösung sich bald zersetzte. Das Luminal erlitt sogar schon scheinbar durch das Aufkochen eine Aenderung in seiner Zusammensetzung, die durch die Zeitdauer des Kochens zunahm; es bildete sich dann bald ein kristallinischer Bodensatz. Wir haben Luminal nun fast ausschließlich bei Geisteskranken und überwiegend innerlich an-

gewandt, insgesamt bei 25 Männern und 18 Frauen, darunter in der Mehrzahl Fälle von *Dementia praecox*, die übrigen Fälle von *Paranoia*, manisch-depressivem Irresein, progressiver Paralyse, geistiger Erkrankung bei Arteriosklerose, Fälle von genuiner Epilepsie und alkoholischer Geistesstörung. Dabei sei gleich der Umstand hervorgehoben, daß das Mittel wegen seines intensiv bitteren Geschmacks von besonnenen Kranken häufig zurückgewiesen wurde. Das Anwendungsgebiet umfaßt Schlaflosigkeit infolge Verwirrtheit und Angstzuständen und psychisch-motorischer und halluzinatorischer Unruhe. Wir gaben innerlich Dosen von 0,2—0,8 und fanden, daß eine dem Schlaf vorhergehende Beruhigung nur in einzelnen Fällen leichter Erregung und sehr wenig ausgeprägt eintrat. Der Schlaf setzte meist erst nach ein bis zwei Stunden ein, war bei niedrigen Dosen ziemlich leicht und durch Unruhe anderer Patienten häufig gestört, bei größeren Dosen aber tief und anhaltend und währte oft kontinuierlich acht bis zehn Stunden; ein Exzitationsstadium wurde niemals beobachtet. Sehen wir im Minimum einen fünf Stunden ununterbrochen währenden Schlaf als ausreichend an, so beobachteten wir bei Darreichung per os in 78% der Fälle einen genügenden, in 19% einen ungenügenden Erfolg und in nur 3% Versager. Die Versager waren meist bei schwerer deliriöser Unruhe, bei *Dementia senilis* und Paralyse oder heftigen Erregungszuständen, bei Hebephrenen zu verzeichnen. Auf seine eventuelle sedative Wirkung erprobten wir das Luminal in refracta dosi von zwei- bis viermal 0,2 und dreimal 0,3 bis dreimal 0,6 ohne den erhofften Erfolg, dagegen wirkte es nach fünf bis sieben Tagen direkt kumulativ und so stark hypnotisch für weitere ein bis zwei Tage, daß die Patienten oft zu den Mahlzeiten angeregt werden mußten. Als Minimaldosis fanden wir für innerliche Verabreichung 0,3, als maximale Einzeldosis 0,8 und maximale Tagesdosis 1,8 g. Die schlafbringende Dosis muß für den einzelnen Fall ausprobiert werden, da die Kranken individuell recht verschieden auf das Mittel zu reagieren scheinen. Subkutan ließ sich das Luminalnatrium in Dosen von 0,3—0,6 von einer 30%igen Lösung¹⁾ ohne besondere Schmerzhaftigkeit applizieren, doch wirkte es, soweit bei einer Anzahl von etwa 60 Injektionen ein Urteil möglich ist, bedeutend schwächer und langsamer als innerlich. Schlaf trat meist erst nach zwei Stunden ein. Wir hatten nur in 50% der Fälle Erfolg. Es ist fraglich, ob dafür eine vollständige oder zu langsame Resorption verantwortlich zu machen ist; ich möchte meine Resultate über die subkutane Verwendung des Mittels als noch nicht abgeschlossen betrachten. Soweit Ver-

¹⁾ Bei der Herstellung der Lösung konnte man, um ein Kochen des Luminals zu vermeiden, davon ausgehend, daß durch die chemischen Prozesse das Natronsalz des Luminals selbst als steril anzusehen ist, folgendermaßen verfahren: Es wurden zur Herstellung von 100 ccm einer 30%igen Lösung etwa 150 ccm Wasser eine halbe Stunde lang durch Kochen sterilisiert. In eine Flasche wurden 30 g des Natronsalzes geschüttet und mit dem auf 50° erkalteten Wasser bis etwa 100 ccm aufgefüllt, dann so lange geschüttelt, bis vollkommen Lösung eintrat, und zum Schluß auf 100 ccm mit dem bereits sterilisierten und wieder erkalteten Wasser ergänzt.

suche mit Suppositorien vorliegen,¹⁾ erzielten wir in 79% aller Fälle vollen hypnotischen Effekt. Es trat durchschnittlich erst nach zwei Stunden, aber ziemlich prompt Schlaf ein. Man kann diese Suppositorien ihrer sicheren Wirkung und bequemen Applikationsweise wegen empfehlen, besonders bei Patienten, die das Mittel per os schlecht vertragen, oder wo der bittere Geschmack stört. Nebenwirkungen auf das Herz und die Lungen haben wir nicht bemerkt, der Puls war bald nach der Aufnahme des Mittels etwas frequent, der Blutdruck schien leicht erhöht. Auch bei bestehenden Herzfehlern und Arteriosklerose wurde es ohne Schaden vertragen. Eiweiß wurde bei Gesunden im Urin niemals gefunden, nur in einem Falle von orthotischer Albuminurie stellte sich bei 0,4 Luminal in den ersten Dosen leichte Albuminurie ein, schwand aber auch hier später. In vier Fällen beobachteten wir, sei es infolge zu starker Arzneiwirkung oder infolge einer Art Idiosynkrasie, am folgenden Tage ganz vorübergehend Appetitlosigkeit, heftigen Schwindel und Erbrechen. Bei mehreren anderen Patienten stellten sich selbst bei kleineren Dosen von 0,3 Luminal allgemein nervöse Erscheinungen, wie Benommenheit des Kopfes und leichte ataktische Störungen für einige Stunden des folgenden Tages ein. Ferner bemerkten wir bei Serienversuchen nicht selten eine ziemlich kumulierende Wirkung, bestehend in Schlafsucht, schon nach drei- bis viertägiger Verordnung von 0,45, meist aber erst nach acht- bis zwölftägiger Verordnung von 0,6 Luminal. Das Adalin mit seiner vorzugsweise sedativen Wirkung kann Luminal nicht ersetzen, andererseits wegen seiner verlangsamten Wirkungsweise bei subkutaner Anwendung nicht das Skopolamin, während es vor diesem den Vorzug der Unschädlichkeit auf Herz und Nieren voraus hat. Dem Veronal ist es sicher überlegen. Es wirkt etwa doppelt so stark als dieses. Inwieweit es bei Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen von Wirksamkeit ist, dafür habe ich keine umfangreicheren Erfahrungen sammeln können. In einem Falle von durch tabische Krisen erzeugter Asomnie hat es sich bewährt. Ich komme damit zu dem vorläufigen Resultat: Als ein ziemlich prompt und stark wirkendes Hypnotikum ist Luminal für die psychiatrische Praxis indiziert bei schwerer Agrypnie, besonders infolge von Erregungs- und Angstzuständen und infolge halluzinatorischer Verwirrtheit, und dürfte daher in erster Linie für den klinischen Gebrauch reserviert bleiben. Eine sedative Wirkungsweise scheint es nicht zu besitzen. In Fällen, wo es allein versagte, habe ich in Kombination mit Chloral und Opium recht gute Erfolge gesehen, doch werde ich mir hierüber weitere Mitteilungen für später vorbehalten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 21.)

¹⁾

Rp. Luminal Natr. pulv. subtil. 3,0
Ol. cacao 5,0
M. f. Suppositor. No. 5.

NB. Da eine hohe Erwärmung des Luminals nicht zulässig ist, darf das Kakaoöl in einer Schale nur bis zu 40 bis 45° erwärmt werden. In halbflüssigem Zustand, unter fortwährendem Umrühren wird dann die Masse in abgekühlte Formen gegossen.

Ueber **Luminal** teilt auch Dr. E d e r seine Erfahrungen mit (Krankenhaus Moabit in Berlin). Verf. möchte das Luminal als ein sehr wertvolles Schlafmittel bezeichnen, das in Dosen von 0,2 bis 0,4 g den meisten Patienten tiefen Schlaf ohne Nach- und Nebenwirkungen bringt. Bei schmerzhaften Affektionen empfiehlt sich die Kombination mit kleinen Morphinumdosen. Bei Erbrechen sowie bei unruhigen deliranten Patienten ist subkutane Injektion von Luminalnatron, $\frac{1}{2}$ —1 Spritze der Lösung 2,0 zu 5 aqua, zu empfehlen. (Therapie der Gegenwart, Juni 1912.)

Ferner kommt Dr. Fr. Sioli (Privat-Heil- und Pflegeanstalt und Psychiatrische Klinik in Bonn) zu folgendem Schluß:

„Uebersichten wir unsere Versuche im ganzen, so sind wir zu folgender Ueberzeugung gekommen. Das Luminal ist ein sehr gutes Schlafmittel, dessen Wirkung nach kleinen Dosen sich nach Verlauf von ca. $\frac{1}{4}$ Stunde bemerkbar macht und langsam zunehmend im allgemeinen nach ca. einer Stunde Schlaf herbeiführt. Gerade die langsame Zunahme des Müdigkeitsgefühls und Schlafbedürfnisses, das sich nicht mit überraschender Stärke meldet, kann das Ausbleiben oder die Unregelmäßigkeit der Wirkung bei größerer Unruhe oder Erregung erklären. Diese Art des Eintrittes der Wirkung ist bei seiner Verabreichung zu berücksichtigen; bei lebhafter Unruhe ist daher eine sichere Wirkung des Luminals allein nicht zu erwarten. Ich nehme an, daß auch bei der mit körperlichen Schmerzen verbundenen Schlaflosigkeit ein schmerzstillendes Mittel mit angewendet werden muß, hierin fehlt uns Erfahrung. Werden solche Schlafhindernisse berücksichtigt, so zeigt das Luminal eine sichere und langdauernde Wirkung, es wird gut vertragen, macht keine Nebenerscheinungen und keine Nachwirkung, wenn der Schlaf ausgenutzt wurde; Erscheinungen, die auf Kumulation oder Gewöhnung hinweisen, haben wir nicht beobachtet. Ganz besonders auffällig war die gute Wirkung des Luminals bei Schlaflosigkeit und Unruhe im Verlauf geistiger Erkrankungen des höheren Lebensalters und der Arteriosklerose. Das Natriumsalz des Luminals ist in bequemer Weise subkutan anwendbar, d. h. in kleiner Flüssigkeitsmenge gelöst und ohne lokale Irritation. Dadurch ist die gute Wirkung des Luminals auch für diese Applikationsform nutzbar gemacht. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Wirkung erst später als bei der Einnahme per os eintritt, erst nach 2—2 $\frac{1}{2}$ Stunden, sie scheint sich dann allerdings etwas plötzlicher zu entfalten. Ganz besondere Wirksamkeit haben wir bei der Kombination des Luminalnatriums mit Skopolamin in subkutaner Anwendung gesehen; auch sehr erregte Geisteskranke erhielten dadurch langdauernde Beruhigung und Schlaf. Wir empfehlen für den Gebrauch in der Praxis und im Krankenhaus Luminal in Gaben von 0,2 g, ausnahmsweise 0,4 g bei einfacher Schlaflosigkeit und Unruhe bei senilen Erkrankungen zu geben. Die gleiche Menge des Luminalnatriums empfehlen wir als Schlafmittel zur subkutanen Anwendung. Besonders empfehlen wir die

subkutane Anwendung von 0,4 g bis 0,6 g Luminalnatrium in Verbindung mit 1 mg Skopolamin zur Beruhigung und Einschläferung sehr erregter Geisteskranker. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 25.)

Lokale Hautgangrän nach subkutaner Luminalinjektion. Von Dr. F ü r e r (Haus Rockenau bei Eberlbach). 40jährige Patientin neuro-psychopathischer Konstitution mit sklerodermie - ähnlichen Ernährungsstörungen verschiedener Hautpartien, in Behandlung wegen Morphinismus, der im Anschluß an eine vor 16 Jahren wegen Menstruationsbeschwerden vorgenommene doppelseitige Ovariectomie mit restierender schmerzhafter Narbenbildung sich entwickelt hatte, erhielt abends 10 Uhr 2½ ccm Luminallösung (1 : 5) subkutan in die Außenfläche des rechten Oberschenkels. Leidlich guter Schlaf. Am Morgen an der Injektionsstelle eine eigenartige Exkoration von zirka Linsengröße. Patientin meint, daß sie sich vielleicht gekratzt habe. — Am nächsten Morgen 3½ ccm derselben, ebenfalls frisch bereiteten Luminallösung an zwei Injektionsstellen derselben Gegend. Schlaf sehr gut und ruhig. Am nächsten Morgen an den Injektionsstellen je eine erbsen- bis bohnen-große, klare seröse Flüssigkeit enthaltende Blase. Brennen an den Injektionsstellen. Die Blasen entleeren sich im Laufe des Tages. Behandlung der drei Stellen mit Xeroformpuderung. Nach und nach entwickeln sich umschriebene Hautnekrosen, die sehr langsam unter Bildung einer entzündlichen, mäßig schmerzhaften Demarkationszone sich abstoßen und sehr langsam ausheilen. — Weitere Injektionen von Luminal werden nun nicht mehr subkutan, sondern ca. 2 cm tief in das Unterhautfettgewebe gemacht, ohne daß wieder Verätzungserscheinungen auftraten. — Wenn es sich im vorliegenden Falle auch um eine zu Ernährungsstörungen prädisponierte Haut handelt, in der subkutane Injektionen von Luminal umschriebene Gangränbildung zur Folge hatten, so sollte doch diese einstweilen vereinzelte Erfahrung zur Vorsicht mahnen.

(Münchener med. Wochenschrift 1912 Nr. 30.)

Anästhesie, Narkose.

Die „Gaze-Aether-Methode“, das einfachste Verfahren der Aether-narkose. Von Prof. Dr. M. v. B r u n n (Kgl. Chirurg. Klinik in Tübingen). Die Methode ist folgende: Das Gesicht wird mit einer 8—12fachen Schicht des gewöhnlichen Verbandmulls bedeckt, d. h. also mit einer gewöhnlichen Mullkompressen, welche so groß sein muß, daß sie über Nase, Mund, Kinn und Wangen herabreicht. Auf diese Gazeschicht wird der Aether langsam aufgetropft. Nach etwa einer Minute wird auf die erste Gazelage eine zweite von gleicher Dicke gelegt und auf diese der Aether in etwas rascherer Tropfenfolge gegeben. Auf diese Weise tritt ohne irgend welches Erstickungsgefühl in kurzer Zeit die Narkose ein. Durch die Dicke der Gazelage hat man es neben der Regelung der Tropfenzahl in der Hand, sich den individuellen Verhältnissen anzupassen. Bei Kindern

und Frauen kommt man mit einer geringeren Dicke der Gazeschicht aus als bei Männern. Die Methode wurde auf Verfassers Veranlassung seit etwa 1½ Jahren an der Tübinger Klinik erprobt und ist — für Erwachsene in Verbindung mit vorausgeschickter Injektion von Pantopon-Skopolamin — die regelmäßige Narkose der Klinik geworden. Prof. Perthes hat das Verfahren besonders bei Gehirnoperationen als sehr angenehm empfunden, denn wenn ein aseptischer Assistent aus steriler Tropfflasche den Aether auf eine sterile Mullkompressen träufelt, welche über dem Abdecktuch liegt und dazu noch beliebig gewechselt werden kann, so ist in der Tat die Asepsis in idealer Weise gewahrt, ohne daß der Operateur durch eine Maske belästigt wird. Verfasser kann nach seinen Erfahrungen bestätigen, daß bei Anwendung dieser „Gazemethode“ die Narkose oft überraschend schnell eintritt. Sie ist zuverlässig eine „offene“ Methode, die von den Patienten in keiner Weise unangenehm empfunden wird. Verfasser hatte immer gefunden, daß die Patienten eine Maske als einen ihnen fremden Apparat mit großem Mißtrauen betrachten, während sie sich das Zudecken des Gesichtes mit einem Tuch häufig genug wünschen. Wer aber Bedenken tragen sollte, die Gaze dem Gesicht unmittelbar aufzulegen, dem bleibt es unbenommen, eine gewöhnliche Chloroformmaske oder eine sonstige Vorrichtung, welche Nase und Mund freihält, darunter zu legen. Am Wesen der Gazemethode wird dabei schwerlich etwas geändert. Das Wesentlichste der Methode liegt in folgendem: Man ist in der Lage, die Konzentration des Aetherluftgemisches in gewissen Grenzen zu verändern, ohne daß die Gefahr einer Ueberdosierung besteht, denn Verfasser hält es für ausgeschlossen, daß man bei dem freien Luftzutritt an den Rändern der Kompressen und durch die Maschen einer, wenn auch vielfachen Gazelage eine bedrohliche Konzentration des Aethers erreicht, sofern man ihn stets nur auftröpfelt, nie aufgießt. Eine solche Steigerung der Aetherkonzentration in gewissen Grenzen, die sich praktisch als unschädlich erweist, hält Verfasser für zweckmäßiger, als wenn man, wie es bei Verwendung des Braun'schen Apparates geschieht, mit einer für sich allein fast immer unzureichenden Aetherkonzentration arbeitet und dann genötigt ist, in ausgiebiger Weise Chloroform zu Hilfe zu nehmen. Die bei der Schimmelbuschmaske so lästige Vereisung ist bei der „Gazemethode“ mit Leichtigkeit zu vermeiden, wenn man nur darauf achtet, den Aether nicht ausschließlich auf die Gegend von Mund und Nase aufzutropfen, sondern ihn gleichmäßig über das ganze große Gazestück zu verteilen. Ein wichtiger Vorteil ist es auch, daß die untersten Schichten der dicken Gazelage nicht feucht und kalt, sondern warm sind, wovon man sich leicht überzeugen kann. Der Aether gelangt infolge dessen nicht kalt, wie aus der Schimmelbuschmaske, sondern einigermaßen vorgewärmt in die Luftwege. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 17.)

Tod in Lokalnarkose. Von Dr. G. Ritter (Berlin). „Ein 16jähriges, sonst gesundes Mädchen sollte wegen einer Struma mit Trachealkompression und mäßiger Tachykardie in Lokalanästhesie operiert werden. Um eine Beruhigung der ängstlichen Patientin und eine allgemeine Herabsetzung der Erregbarkeit herbeizuführen, erhielt die Kranke am Operationstage um 10 Uhr vormittags 1,5 Adalin per os und eine halbe Stunde später 0,015 Morphin subkutan. Die Kranke wurde gegen 11¹/₄ Uhr in den Operationssaal gebracht, war durchaus ruhig, aber vollständig bei Bewußtsein und gab auf Befragen an, müde zu sein. Nach den üblichen Vorbereitungen wurden ihr gegen 11¹/₂ Uhr 50 ccm einer 2%igen Aल्पinlösung in das Operationsgebiet eingespritzt, insgesamt also 1,0 Aल्पin. Zehn Minuten nach Beendigung dieser Injektion traten noch vor Beginn der Operation plötzlich Bewußtlosigkeit, Zuckungen der ganzen Körpermuskulatur, schnappende Atmungsbewegungen, Zyanose ein, verbunden mit kleinem, unregelmäßigem, aussetzendem Puls. Die Augen waren weit geöffnet, die Pupillen eng und ebenso wie die Cornea reaktionslos. Der Anfall ging nach 30 bis 40 Sekunden vorüber, die Bewußtlosigkeit blieb jedoch bestehen und der Puls unregelmäßig und kleiner als vorher. Neue Anfälle traten anfangs in Abständen von wenigen Minuten, dann immer häufiger auf, die vorher engen Pupillen wurden maximal weit, die Herztätigkeit zunehmend schlechter. Die Patientin erhielt nacheinander Injektionen von Koffein, Kampher, Digalen. Während dann eine Venae-sectio mit gleichzeitiger subkutaner Kochsalzinfusion vorgenommen wurde, trat vollständiger Stillstand der Atmung und Herztätigkeit ein. Unter sehr energischer Herzmassage und künstlicher Atmung kam die Herztätigkeit nach einiger Zeit wieder in Gang, setzte jedoch im Verlauf der nächsten zwei Stunden noch mehrmals aus, sodaß immer wieder Herzmassage nötig wurde. Nach intravenöser Injektion von Digalen blieb schließlich die Herztätigkeit gut, während die Atmungslähmung bestehen blieb. Die künstliche Atmung wurde, mit zeitweiliger Sauerstoffinhalation, fünf Stunden lang fortgesetzt, bis schließlich auch die Herztätigkeit erlosch. Wahrscheinlich ist der bedauerliche Ausgang dieses Falles auf eine summierte Wirkung der angewandten Narkotika und des Aल्पins zurückzuführen, da die Kranke vor der Injektion des letzteren bereits unter der vollen Wirkung des Adalin-Morphins stand, ohne irgendwelche Störungen zu zeigen, und erst nach der Einspritzung des Aल्पins sich das geschilderte Bild entwickelte. Natürlich ist es nicht auszuschließen, daß bei der Einspritzung ein Teil des Aल्पins in eine Vene injiziert worden ist. Möglicherweise hat auch die Erkrankung der Schilddrüse die Entstehung der Intoxikation begünstigt. Da meines Wissens eine ähnliche Beobachtung noch nicht vorliegt, so mahnt dieser Fall künftig zu besonderer Vorsicht bei der Kombination des Aल्पins und ähnlicher Stoffe mit narkotischen Mitteln.“

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 30.)

Lorenz Neff berichtet über die Wundbehandlung mit Bolus alba nach Versuchen an der Freiburger Chirurgischen Universitätspoliklinik. Er stellt folgende Thesen auf: 1. Bolus alba darf in der Wundbehandlung nur ein ziemlich begrenztes Anwendungsgebiet beanspruchen; und zwar wird sich dies erstrecken über die kleineren, flächenhaften Wundaffektionen, während die in die Tiefe gehenden entzündlichen Prozesse hiervon auszuschließen sind. Denn 2. Bolus alba hat eine zu geringe aktive Saugkraft, als daß sie auf entfernter liegende Bakterienherde hemmend einwirken könnte. 3. Die Neigung zu Borkenbildung schließt Bolus von Wunden mit sehr kleinen Oeffnungen aus. 4. Dagegen ist die günstige Beeinflussung aller solcher entzündlicher Vorgänge nicht zu bestreiten, wo das Eindringen des Pulvers in alle Teile der Wunde möglich ist. In solchen Fällen scheint sich die Stumpf'sche Annahme von der antibakteriellen Wirkung der feinverteilten Substanz zu bewahrheiten. 5. Die antiseptische Wirkung der Bolus scheint zum anderen Teil auf adsorptiven Vorgängen zu beruhen, was besonders aus ihren desodorierenden Fähigkeiten zu schließen ist. 6. Bolus eignet sich gut zum aseptischen Wundverband, zumal es auch frei von jeder schädlichen Nebenwirkung ist. 7. Bolus hat keinen Einfluß auf Granulationen. 8. Trotz Einführung der handlicheren Bolusschläuche (Merck) wird die Anwendung des Bolusverbandes in einigen Fällen technischen Schwierigkeiten begegnen. So werden Gesicht und Kopf immer noch ungeeignete Anbringungsorte für einen Bolusverband sein. — Das Schwergewicht der Bolustherapie in der Medizin ist auf das Gebiet der inneren bzw. Schleimhauterkrankungen zu verlegen, wo die antibakterielle Wirkung der Bolus auch bessere Angriffspunkte finden kann.

(Inaug.-Dissert., Freiburg 1912. — Münch. med. Wochenschr. 1912 Nr. 31.)

Zum aseptischen Katheterismus. Von Dr. Czablewski, Arzt für Haut und Harnleiden in Berlin. In dem neuen Kathetercreme „Gantesol“ (Fabrikant Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin W. 30), mit dem Verfasser zahlreiche Versuche gemacht hatte, findet er alle an einen brauchbaren Kathetercreme zu stellenden Forderungen vereint. Gantesol ist ein klarer, durchsichtiger Creme von dickflüssiger Konsistenz. Er haftet ausgezeichnet an allen Instrumenten in gleichmäßig dünnem Ueberzuge, macht diese außerordentlich schlüpfrig und leicht gleitend. Gantesol enthält weder Oele noch Fette, sondern besteht aus einer Lösung von Traganth in Glyzerin mit einem Zusatz von 0,2% Hydrargyrum oxy-cyanatum und 1% Natrium chloratum. Gantesol reizt weder die Harnröhren- noch die Blasenschleimhaut. Niemals klagten die Patienten bei oder nach der Einführung über Brennen in der Harnröhre. Infektionen der Blase konnte Verfasser in keinem Falle beobachten. Die absolute Keimfreiheit und bakterizide Kraft des Gantesols ist durch bakteriologische Versuche im Institut für medizinische Diagnostik von Dr. Klop-

stock einwandfrei erwiesen worden. Seine Ergebnisse zusammenfassend, bemerkt Klopstock am Schlusse seines Berichtes: „Die Versuche haben mithin gezeigt, daß Gantesol gegenüber Kulturen von *Staphylococcus aureus* und *Bacterium coli* entwicklungshemmende Eigenschaften besitzt und auch imstande ist, nach längerer Einwirkung diese Bakterien, die sich einer 1 pr. m. Sublimatlösung gegenüber als genügend widerstandsfähig erwiesen, abzutöten. Gantesol selbst war stets steril. Es kam darin niemals zur Entwicklung von Bakterien, selbst wenn die Tuben häufig geöffnet wurden.“ Es steht in dem Gantesol dem Praktiker ein Gleitmittel zur Verfügung, das allen Anforderungen gerecht wird, indem es durch seine außerordentliche Schlüpfrigkeit das Einführen von Instrumenten sehr erleichtert, durch seine Keimfreiheit und bakterizide Kraft Infektionen verhütet, indem es infolge seiner leichten absoluten Klarheit und Durchsichtigkeit in gleicher Weise für die Zystoskopie und den Katheterismus geeignet ist. Die Wohlfeilheit des Gantesols gestattet seine häufige und ausgiebige Anwendung nicht nur im Gebiete der Urologie, sondern auch bei gynäkologischen Untersuchungen. Es ist praktisch und angenehm, zumal es wasserlöslich ist und leicht von der Haut entfernt werden kann. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Appendicitis.

Epileptische Krämpfe infolge Appendicitis. Von Dr. Fritz Berger, Stabsarzt Pion.-Batl. 24 (Köln a. Rh.). Autor schreibt: „Berndt hat in Nr. 18, 1911 dieser Wochenschrift zwei Fälle beschrieben, in denen der Ausbruch einer Epilepsie zeitlich mit den Symptomen einer Appendicitis zusammenfiel. Die beide Male ausgeführte Operation ergab tatsächlich das Vorhandensein einer Entzündung des Wurmfortsatzes. Im ersten Fall entwickelte sich nach einem kurzen Prodromalstadium ein auf wenige Tage zusammengedrücktes Krankheitsbild, gekennzeichnet durch einen heftigen Anfall von Appendicitis, welcher mit schweren Krämpfen durchaus von dem Typus derjenigen bei Epilepsie begann. Der exstirpierte Wurmfortsatz wies relativ frische Veränderungen auf. Im zweiten Falle handelte es sich um eine chronische Appendicitis, deren Beginn bereits zwölf Jahre zurücklag. Neuerdings in ein akuteres Stadium gekommen, traten auf dem Höhepunkte der appendicitischen Beschwerden heftige epileptische Krämpfe auf. Der Wurmfortsatz war mit dem Coecum durch Verwachsungen fest verlötet, seine etwas dickere Spitze in der Länge von 2 cm völlig verödet. Obwohl Berndt weder in der Literatur derartige Beobachtungen gefunden, noch unter seinen zahlreichen Appendicitisfällen früher etwas derartiges gesehen hatte, glaubte er doch die Krampfanfälle auf entzündliche Vorgänge am Wurmfortsatze beziehen zu müssen. Er spricht die Anfälle als reflektorische an, „verursacht durch den Entzündungsreiz“, und stellt sie in Parallele „mit jenen Fällen reflektorischer Epilepsie, wie wir sie von Narben der äußeren Bedeckungen oder

von Spinen der Nasenhöhle ausgehen sehen, anderseits mit den bei kleinen Kindern beobachteten reflektorischen Krämpfen bei Eingeweidewürmern oder durch Enteritis bedingten Reizzuständen der Darmschleimhaut.“ Wie wichtig die Kenntnis solcher Zustände für das ärztliche Handeln werden kann, zeigt der folgende Fall. Seine Mitteilung entspringt der Anregung Berndt's, mehr derartige Beobachtungen zur allgemeinen Kenntnis zu bringen. Pionier St., 22 Jahre, Lokomotivheizer. Eltern leben, sind gesund. Geistes- oder Nervenkrankheiten sind in der Familie niemals vorgekommen. Ein Bruder erlitt beim Militär einen Sturz vom Pferde und wurde als dienstunbrauchbar entlassen. Die übrigen Geschwister sind gesund. Vor seinem Dienstantritte war St. nie ernstlich krank; insbesondere hat er nie an Krampfanfällen gelitten (durch Ermittlungen ortsbehördlich bestätigt). St. wurde im Dezember 1910 als gesunder Mann ohne körperliche Fehler eingestellt und hat während seiner Dienstzeit andere Krankheiten nicht überstanden. Das Pionierbataillon fuhr am 31. Juli 1911 zu einer Festungskriegsübung nach Küstrin. An den vorhergehenden Tagen waren die mitzuführenden Materialien in die Eisenbahnwaggons verladen worden. An dieser schweren Arbeit war St. beteiligt; die Eisenbahnfahrt am 31. Juli und 1. August 1911 nach Küstrin dauerte zirka 32 Stunden (disponierende Momente!). Am 2. August 1911 wurde frühmorgens etwa um 6 Uhr mit den Erdarbeiten in sehr hartem Boden begonnen. Bis zu dieser Zeit völliges Wohlbefinden. Um etwa 9 Uhr vorm. mußte St. aus der Arbeitskolonne herausgebracht werden, weil er so erschöpft war, daß er nicht mehr arbeiten konnte. Es herrschte gerade in diesen Tagen die bekannte unerträgliche Hitze des Sommers 1911; ich maß um die Mittagsstunden in den oberflächlichsten Sandschichten des Geländes Temperaturen bis zu 45° C. Ich fand St. am Boden liegend, auf Anrufen nicht reagierend, mit schlaffen Extremitäten, das Gesicht mäßig gerötet, wenig schwitzend, bewußtlos, die Augen geschlossen; die Atmung war ruhig, der Puls regelmäßig, kräftig, von mittlerer Füllung, 80 Schläge. Nach zehn Minuten folgten an Intensität außerordentlich heftige tonische Krämpfe in den Gliedmaßen, die von solch heftigen klonischen Krämpfen und Konvulsionen am ganzen Körper gefolgt wurden, daß St. nur mit Hilfe von mehreren Mann gehalten werden konnte. Den Krämpfen folgte Bewußtlosigkeit. Während der Krämpfe reaktionslose weite Pupillen, Atemstillstand, Zyanose, Verdrehen der Bulbi, Verzerren des Gesichts, Schaum vor dem Munde (keine Zungenbisse), fehlende Hornhautreflexe. Nach Verlauf einer Stunde, in welcher sich die Krämpfe trotz Morphinum-einspritzungen (andere Mittel waren auf dem Arbeitsfelde nicht zur Stelle) etwa sechs- bis siebenmal wiederholten, kam allmählich das Bewußtsein wieder. Auf Befragen, ob er Schmerzen habe, wies St. auf die Blinddarm-gegend. Und nun löste der tiefe Druck auf den Process. vermiformis zum Zwecke der Untersuchung einen erneuten Krampfanfall aus. Fieber bestand nicht (36,9°). Noch an demselben Morgen, sobald dies eben an-

gänglich war, etwa um 10³/₄ Uhr, ließ ich St., unter Anwendung aller Vorsicht in bezug auf den Transport, in das Johanniter-Ordens-Krankenhaus in Sonnenburg überführen, damit er unter chirurgischer Beobachtung bleibe. Dort hatte er am Tage der Einlieferung (2. August 1911) erneut einen epileptischen Anfall von halbstündiger Dauer. Am 3. August 1911 wurde St., da der abdominale Druckschmerz in der Gegend des Processus fortbestand, operiert. Der Wurmfortsatz wurde entfernt, es bestand keine Peritonitis. Der Processus war etwa 6 cm lang, leicht verklebt, dicht vor seinem Ende bestand ein Ulcus, stark gerötet, nicht perforiert. Im übrigen am Wurmfortsatze keine Narben oder sonstige Zeichen eines früheren Anfalles. Die Heilung verlief normal. Im Johanniter-Ordens-Krankenhaus hatte er am 18. August 1911 noch einen epileptischen Anfall (den ersten nach der Operation) und Ende August noch einen solchen, der sehr kurz war. Am 3. September 1911 wurde St. von dort zum Pionierbataillon nach Köln entlassen. Die Operationsnarbe war gut verheilt und geschlossen. In der Kaserne bekam er nun am 6. September 1911 einen erneuten epileptischen Anfall, der aus fünf Einzelanfällen bestand; er wurde ins Garnisonslazarett Köln aufgenommen. Der Krankengeschichte seien folgende Notizen auszugsweise entnommen: St. ist ein 176 cm großer Mann mit sehr kräftigem Knochenbau, stark entwickelter und straffer Muskulatur, gesundem Aussehen, gutem Ernährungszustand, 81 kg Gewicht. Innere Organe der Brust- und Bauchhöhle gesund. Klagt über Kopfschmerzen und Schwindel, und daß er nach zwei- bis dreistündigem Schläfe nachts infolge zuckender Bewegungen, als wenn er elektrisiert werde, erwache; darnach habe er regelmäßig Kopfschmerzen. An der gerade herausgestreckten Zunge fibrilläre Zuckungen; kleinschlägiges Zittern der gespreizten Finger. Beklopfen der Schädelknochen nicht schmerzhaft. Gegend des Nabels und der Narbe, welche glatt, straff und gut geschlossen ist, angeblich druckempfindlich. Pupillen mittelweit, gleich weit, reagieren prompt und gut. Hornhautreflex vorhanden. Rachenreflex fehlt völlig. Fußsohlenreflex fehlt. Alle übrigen Reflexe regelrecht. Empfindung für spitz und stumpf in der Mitte des rechten Oberschenkels an der Außenseite aufgehoben. Dasselbst läßt sich eine Hautfalte ohne Schmerzempfindung durchstechen. Gesichtsfeld beiderseits erheblich eingeschränkt. Neigung zu starkem Schwitzen. Ausgesprochener Dermographismus. Beim Stehen mit geschlossenen Augen starkes Lidzittern. Am 8. und 25. September 1911 je ein epileptischer Anfall. St. wurde als dienstunbrauchbar entlassen. Für die augenblickliche Diagnose am 2. August 1911 kamen in Betracht: 1. Hysterie, 2. die paralytische oder dyskrasische Form des Hitzschlages, 3. reine Epilepsie mit einem unwesentlichen Nebenfund am Abdomen oder Epilepsie als Symptom einer Appendicitis. Für die Hysterie wäre zu verwerten gewesen die sofortige und starke Reaktion auf den im rechten Hypochondrium ausgeübten Druck, wobei letzteres als hysterogene Zone aufzufassen wäre. Aber einer-

seits entsprach die Lokalisation des Druckpunktes viel zu sehr der anatomischen Lage des Processus vermiformis, sodaß die Annahme einer organischen Erkrankung näher lag; und anderseits glichen die Krämpfe von der oben beschriebenen Art doch gar nicht den Krämpfen der Hysteriker. Bei der paralytisch-dyskrasischen Form des Hitzschlages werden heftige klonische und tonische Muskelkrämpfe beobachtet, die mit Epilepsie sehr wohl zu verwechseln sind; hier setzt Atmung und Puls aus, es besteht häufig Brechneigung und unfreiwilliger Abgang von Stuhl. Sie erfordert als erste unaufschiebbliche Maßregel die Ingangbringung der gestörten Atmung und die Beseitigung der akuten Herzinsuffizienz. Von alledem konnte hier, abgesehen von den Krämpfen, keine Rede sein. Aether und Kampfer waren völlig überflüssig. Die Herztätigkeit war gut, die Atmung, außerhalb der Krampfanfälle, nicht dyspnoisch. Auch fehlte die häufig bei dieser Form des Hitzschlages vorhandene Erhöhung der Körpertemperatur. Daß es sich um echte epileptische Krämpfe handle, schien mir daher nicht zweifelhaft. Es war nur die Frage, ob die Epilepsie mit einer harmlosen Erkrankung des Digestionstraktus vergesellschaftet war, oder ob eine Konkurrenz von Epilepsie mit einer entzündlichen Erkrankung in der Gegend des Coecums beziehungsweise am Processus vermiformis vorlag. Gegen die erstere Annahme und direkt für die letztere sprach schon allein der Umstand, daß der zur Auslösung eines Anfalles führende Druckschmerz nur auf das rechte Hypochondrium lokalisiert war: und hier wieder entsprach er genau der anatomischen Lage des Wurmfortsatzes. Außerdem mußte für die heftige und sofortige Reaktion schon eine Organveränderung angenommen werden, welche mit außerordentlicher Druckschmerzhaftigkeit auf entzündlicher Basis einherging. Eines befremdete allerdings, daß nämlich Temperatursteigerung und Dämpfung beziehungsweise Resistenz fehlte. Doch ihr Fehlen fiel mangels diffuser peritonitischer Erscheinungen und weil der Prozeß im rechten Hypochondrium eng umschrieben war, nicht so sehr in die Wagschale. So blieb denn nur die Diagnose einer Erkrankung in der Gegend der Appendix mit Epilepsie, als Symptom derselben, übrig, wobei mir die Kenntnis der kurz zuvor veröffentlichten Fälle *Berndt's* zu Hilfe kam. Im ersten Falle *Berndt's* (Krankenwärter A. L.), wie in meinem (Pionier *St.*) hat der erstmalig auftretende Krampfanfall bei einem früher kerngesunden Menschen erst auf die (bei *St.* sicher schon mehrere Tage [Ulcus!]) bestehende Erkrankung des Processus vermiformis aufmerksam gemacht. Die Diagnose der wahrscheinlichen Appendicitis und frühzeitige chirurgische Behandlung sicherte vor einer eventuellen Perforationsperitonitis. Ich möchte noch besonders hervorheben, daß sich die durch Appendicitis hervorgerufenen epileptischen Anfälle durch ihre lange Dauer und schnelles Aufeinanderfolgen auszuzeichnen scheinen. Bei *Berndt* sind in dem einen Falle seit der vor zehn Jahren vorgenommenen Operation Krampfanfälle nicht wieder aufgetreten. Im zweiten Falle trat nach der Operation eine erheb-

liche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Auch mein Patient nahm nach der Operation erfreulich zu; sein Gewicht betrug jetzt 81 kg gegen 70 kg im Dezember 1910. Er hat kurz nach der Operation noch Krampfanfälle gehabt; sie lagen zeitlich jedoch schon weiter auseinander, und seit dem 25. September 1911 sind solche gänzlich ausgeblieben. Durch den im Garnisonlazarett Köln festgestellten Befund (unter anderem: Fehlen des Gaumenreflexes und Fußsohlenreflexes, partielle Anästhesie und Analgesie am rechten Oberschenkel) gewinnt die durch die Appendicitis hervorgetretene funktionelle Neurose einen Einschlag ins Hysterische. Mit Beseitigung der Grundursache und weiterer Hebung des Allgemeinbefindens dürfen wir hoffen, daß auch bei St., wie seit dem 25. September 1911 bis jetzt, weitere epileptische Anfälle ausbleiben und die (traumatisch-) hysterischen Symptome schwinden. Man muß der Ansicht Berndt's von der großen praktischen Bedeutung einschlägiger Veröffentlichungen ohne weiteres zustimmen. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 7.)

Zur Kenntnis der lymphatischen Pseudoappendicitis. Von V. Lieblein (Prag). L. hat zuerst im Jahre 1910 und seither des öfteren unter der Diagnose akute, respektive chronische Appendicitis die Appendektomie bei Fällen vorgenommen, die bei der Operation an der Appendix nicht den erwarteten Befund ergaben, indem sich die Appendix nicht oder nicht sonderlich verändert zeigte. Auch die mikroskopische Untersuchung dieser Wurmfortsätze ergab weder Zeichen einer frischen Entzündung, noch sichere Residuen eines abgelaufenen entzündlichen Prozesses. Trotzdem waren diese Appendices nicht normal. Was sie von den normalen unterschied, war eine mächtige Hyperplasie des lymphatischen Apparates, welche als außerhalb der Breite der physiologischen Schwankung stehend aufgefaßt werden mußte, sodaß es nahe lag, diese lymphatische Hyperplasie mit dem klinischen Krankheitsbilde in Beziehung zu bringen. Ueberblickt man die mitgeteilten Krankengeschichten, so muß man folgendes sagen: Betroffen von den Krankheitserscheinungen, welche klinisch ganz dem Bilde der akuten resp. chronisch rezidivierenden Appendicitis entsprachen, waren beide Geschlechter, und zwar im Kindes- resp. jugendlichen Alter. Die schwersten Erscheinungen fanden sich im ersten Falle. Die Muskelspannung, die Druckschmerzhaftigkeit, sowie das hohe Fieber ließen schwere Veränderungen an der Appendix erwarten. Desto überraschender war der negative Befund. Man kann hier den Einwand machen, daß durch die Appendektomie nicht die Causa morbi entfernt wurde, da auch nach der Operation das Fieber noch durch mehrere Tage angehalten hat. Dieser Einwand ist gewiß berechtigt, und L. kann ihm nur entgegenhalten, daß nach der Operation die lokalen Erscheinungen in der Ileozökalgegend vollständig geschwunden sind und man außer dem Fieber keine Krankheitssymptome an dem Kinde nachweisen konnte. Das scheint doch dafür zu sprechen, daß die Appendix mit den Krankheits-

erscheinungen im ursächlichen Zusammenhange gewesen ist, aber mit absoluter Sicherheit läßt sich dies natürlich nicht behaupten. Auch im zweiten Falle waren die Erscheinungen ganz ausgesprochen, wenn auch nicht so akut wie im ersten, und der Operationsbefund einwandfrei, denn der Befund am Genitale (Vergrößerung des rechten Ovariums) entsprach lediglich der bevorstehenden Ovulation. Einem subakuten Stadium der Appendicitis entsprachen die klinischen Erscheinungen im Falle III, während im Falle VI die typische rezidivierende Appendicitis (mit allerdings nur leichten Attacken) diagnostiziert werden mußte. Die ebenfalls unter dem Bilde der chronisch-rezidivierenden Appendicitis verlaufenden Fälle IV und V waren kompliziert durch die Befunde an den rechten Ovarien. Es bleibt da immer noch die Frage offen, inwieweit diese für die Beschwerden verantwortlich zu machen sind. Der Sitz der spontanen Schmerzhaftigkeit im Falle IV sprach jedoch für den Wurmfortsatz als Quelle der Beschwerden, und im Falle V ist die Tatsache, daß die Beschwerden bereits seit 14 Jahren bestanden und in den früheren Jahren bereits mehrfach die Diagnose chronische Appendicitis gemacht worden ist, zwangloser in der Richtung zu verwerthen, daß hier ebenfalls die Appendix die *Materia peccans* gewesen ist. Auch die Analogie mit den übrigen Fällen, welche nicht durch derartige Nebenfunde kompliziert waren, spricht für diese Annahme. Was nun die mikroskopischen Befunde an den Appendices betrifft, so gleichen sie einander fast wie ein Ei dem andern und stimmen vollständig mit dem überein, was Miloslavich als lymphatische Pseudoappendicitis bezeichnet. Er versteht darunter Wurmfortsätze, welche klinisch Anlaß zur Operation geboten, sich aber mikroskopisch frei von entzündlichen Erscheinungen erwiesen haben, und lediglich durch die Hyperplasie des lymphatischen Apparates ausgezeichnet waren, wie man eine solche sehr häufig bei ausgesprochenem Lymphatismus nachweisen kann. Es fragt sich nun, inwieweit bei L.'s Fällen einerseits die Erscheinungen der lymphatischen Körperkonstitution, anderseits am Wurmfortsatz selbst die bei Lymphatismus aufgefundenen Eigentümlichkeiten nachzuweisen waren. Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, war in allen Fällen der Lymphatismus mehr oder weniger ausgesprochen. So vor allem die Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute, die Neigung zu Katarrhen und Anginen usw. Am Wurmfortsatz selbst fiel makroskopisch vor allem seine Länge auf, welche nur im Fall I 8 cm, in den übrigen jedoch weit darüber betragen hat. Kotiger Inhalt hat sich allerdings nur im Falle V und VI gefunden. Die Frage, inwieweit derartige Appendices mit mächtiger Hyperplasie des lymphatischen Apparates für Appendicitis prädisponieren, hat bereits Miloslavich zu beantworten versucht. Er äußert sich darüber folgendermaßen: Wölben sich die vergrößerten Follikel gegen die Schleimhautoberfläche vor, so veranlassen sie die Bildung tiefer Schleimhautbuchten und schaffen da-

durch für die Lokalisation der Entzündung prädisponierende Momente. Verbreitern sie sich jedoch gegen die Muskelschicht und führen sie zur Atrophie derselben, so können sie zur Beeinträchtigung der Peristaltik und Sekretstauung führen. Im gleichen Sinne können die in diesen Fällen oft vorhandenen abnorme Länge der Appendix und die dadurch bedingten Knickungen wirken. Nun liegt aber das Charakteristische der Fälle von sogenannter „lymphatischer Pseudoappendicitis“ darin, daß ja entzündliche Erscheinungen vollständig fehlen und nur durch das klinische Bild vorgetäuscht werden. Hier nun einen Zusammenhang zwischen pathologischem und klinischem Befund zu konstruieren, fällt natürlich viel schwerer. Es ist Miloslavich zweifellos darin Recht zu geben, wenn er annimmt, daß die starke Hypertrophie des lymphatischen Apparates, sowie der manchmal in hohem Grade entwickelte Plexus myentericus auf eine erhöhte Reizbarkeit der Appendix hindeuten, sowie, daß die durch die lymphatische Hyperplasie bedingte Dehnung der Muskelwand eine erhöhte Empfindlichkeit des Organes verursacht. Klinisch können wir aber in solchen Fällen nur jene Beschwerden erwarten, wie wir sie bei den chronisch rezidivierenden Formen sogenannter Blinddarmreizung, beim Fehlen echter akuter Anfälle finden: also vor allem spontane und Druckschmerzhaftigkeit der Ileozökalgegend, aber kein Fieber, keine peritonealen Reizerscheinungen und überhaupt gar keine Zeichen eines akuten entzündlichen Prozesses. Hat man jedoch, so wie L. es auch gesehen hat, das klinische Bild der akuten Appendicitis vor sich, dann wird man dasselbe durch den pathologisch anatomischen Befund nicht so ohne weiteres erklären können. L. muß offen gestehen, daß er diesem Zusammenhange vorläufig auch noch ohne plausible Erklärungsmöglichkeit gegenüber steht und sich mit der einfachen Konstatierung der Tatsache begnügen muß. Das Zusammenwirken des Klinikers und Pathologen ist gerade für diese Fälle, wenn man sie dem Verständnisse näher rücken will, unbedingt notwendig. L. verschließt sich gar nicht der Tatsache, daß, wenn wir diese unter dem Bilde der akuten und chronischen Appendicitis verlaufenden Fälle von lymphatischer Hyperplasie des Wurmfortsatzes auf diesen Befund zurückführen, unsere Beweisführung noch eine lückenhafte ist. So wurden z. B. komplette Serien nicht untersucht. Es kann sich daher schließlich doch noch um einen kleinen, schwer nachweisbaren, entzündlichen Prozeß an irgend einer Stelle der Appendix handeln, der der nicht lückenlosen Untersuchung entgangen ist. Allerdings kann man derartige kleine Herde wiederum nur gezwungen für das klinische Bild verantwortlich machen. Auch bleibt der Einwand offen, daß der pathologische Prozeß, wenn er auch in der Ileozökalgegend seinen Sitz hat, nicht notwendigerweise gerade die Appendix betreffen muß. Vielleicht handelt es sich um Erkrankungen am Zökum, an der Ileozökalklappe, am untersten Ileum, vielleicht sogar an den mesenterialen Lymphdrüsen. Der Umstand, daß in allen Fällen die Beschwerden nach der

Appendektomie prompt geschwunden sind, läßt die Operation, die ja gewiß nicht aus dringlicher Indikation erfolgt ist, auch in den Fällen von lymphatischer Pseudoappendicitis gerechtfertigt erscheinen. Ein definitives Urteil hierüber wird sich allerdings erst fällen lassen, wenn eine über einen längeren Zeitraum sich erstreckende Beobachtung ergibt, daß die Kranken dauernd von ihren früheren Beschwerden befreit geblieben sind. Von den beiden Fällen, die L. im Jahre 1910 operiert hat, konnte er leider nur einen (Fall I) nachuntersuchen. Der Erfolg spricht entschieden zugunsten der Operation. Fall III konnte L. bislang nicht eruieren. Die übrigen Fälle haben zwar alle ihre Beschwerden nach der Operation verloren, allein es ist erst ein zu kurzer Zeitraum seit derselben verstrichen, so daß ein endgültiges Urteil noch nicht abgegeben werden kann. Ganz abgesehen davon erscheint ja auch aus dem Grunde die Appendektomie ganz rationell, als ja einerseits die Differentialdiagnose gegenüber der wirklichen Appendicitis nicht mit Sicherheit zu stellen ist und anderseits nach dem früher Gesagten derartige lymphatische Appendices für die Entzündung zu disponieren scheinen. Allerdings kann diese Frage erst durch eigens daraufhin gerichtete Untersuchungen in Fällen von echter Appendicitis einer exakten Beantwortung zugeführt werden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 15.)

Arthritis urica.

Ueber die Behandlung der Arthritis sagt Prof. Dr. Th. Brugsch (II. Med. Klinik der Charité in Berlin). „Als obersten Grundsatz stellen wir bei allen Fällen von Gicht mit starker Präponderanz arthritischer Syndrome die Purinfreiheit der Nahrung auf längere Zeit obenan. Gewöhnlich lassen wir die geplagten Patienten eine purin- (fleisch- und fisch-)freie Diät zwei bis drei Monate durchführen, gestatten dann acht Wochen lang wöchentlich zwei- bis dreimal Fleisch (150 g nur einmal mittags, wobei es gleichgültig ist, ob man weißes oder schwarzes Fleisch verabreicht, während es verboten ist, zellreiches Fleisch zu verabreichen, also Thymus, Leber, Niere, Lunge, Hirn) und später sechsmal in der Woche Fleisch, also mit einem Fleischfasttag, wobei auch hier wieder betont werden muß, daß das Fleisch nur einmal am Tage gereicht wird und nicht in größerer Portion als 150 bis 200 g. Die Diät soll keine rein vegetabilische sein, sondern viel Milch-, Eier- und Mehlspeisen enthalten. Absolut nicht notwendig ist es, die Eiweißzufuhr (im Milch-, Eier- und vegetabilischen Eiweiß) herunterzudrücken, da die Harnsäurebildung so gut wie gar nicht vom Eiweiß abhängt. Obst ist reichlich gestattet; bei alkalischem Urin (durch vegetabilische Ernährung bedingt) ist die Verabreichung von dreimal fünf bis dreimal zehn Tropfen Acid. hydrochl. dilut. während der Hauptmahlzeiten in Himbeerwasser zu nehmen, sehr empfehlenswert. Alkohol ist einzuschränken, ich selbst verbiete ihn regelmäßig. Im übrigen ist — was die weitere Behandlungsweise an-

betrifft — weitgehende Individualisierung hinsichtlich der einzelnen Typen am Platze. Ehe darauf eingegangen, nur noch einige Bemerkungen über die Therapie des akuten Anfalles. Wird man nachts zu einem akuten Anfall gerufen, so ist das beste Mittel die Einspritzung von Morphin in genügend großer Dosis; beim erwachsenen Mann also 0,02 bis 0,03 g Morphin. Am nächsten Tag gebe man Colchicin, wie auch noch die nächstfolgenden Tage. Das beste Präparat sind die Granules de Colchicine Houdé. Wir geben im allgemeinen das Präparat in folgender Weise: am ersten Tage vier, am zweiten Tage drei, am dritten Tage zwei, am vierten Tage eine Granule. Ein Abführmittel zu geben empfiehlt sich nur dann, wenn auf das Colchicin hin keine Diarrhoe erfolgt. Manche akuten Gichtiker, die ihre Medizin und Aerzte schon viel erprobt haben, bevorzugen den Liqueur Laville, andere Albert's Remedy. Beides sind wirksame Präparate. Die Tinct. Colchici steht aber hinter der Wirksamkeit des Colchicins zurück. Während der arthritischen Attacke gebe man eine den Magendarmkanal womöglich gar nicht belästigende Diät (Suppen, Breie), um, sobald als der Patient das Bett verläßt, zur vollen purinfreien Diät überzugehen. Wichtig ist dabei, den Patienten sobald als nur irgend möglich aus dem Bett aufstehen zu lassen, ihn herumgehen und ihn körperliche Bewegungen machen zu lassen. Es steht insofern die Gicht im Gegensatz zu allen übrigen akuten Gelenkserkrankungen, bei denen die Schonung des erkrankten Gelenks die Hauptregel bildet. Mit dem Einsetzen der vollen purinfreien Diät beginnt auch das Einsetzen der Atophanthherapie, über deren Wesen und Anwendungsweise ein Wort gestattet sein mag. Bei der Prüfung der Chinolin-Karbonsäure fanden Nikolaier und Dohrn, daß die 2 — Phenylchinolin — 4 Karbonsäure einen die Harnsäure steigernden Einfluß besitzt, welche Tatsache durch Weintraud und viele andere nicht nur für den gesunden Menschen, sondern auch für den Gichtiker bestätigt wurde. Dieses Präparat stellt nun einen in seiner physiologischen Wirksamkeit außerordentlich interessanten Körper vor. Es vermehrt nicht nur den endogenen Harnsäurewert um 100 bis 200%, sondern vermag auch beim Gichtiker ins Blut injizierte Harnsäure quantitativ zur Ausscheidung zu bringen (Weintraud), ebenfalls erhöht es ganz gewaltig die exogene Harnsäurebildung (Frank-Przedborski). Während Weintraud die Wirkung des unter dem Namen „Atophan“ in den Handel kommenden Präparates in erster Linie als elektive, die Harnsäureausscheidung befördernde Wirkung auffaßt, glauben wir, daß die Harnsäureausscheidung anregende Wirkung des Atophans etwas sekundäres ist, während primär die „harnsäuremobilisierende“ Wirkung ist. Und diese Wirkung stellen wir uns — wozu wir experimentelle Gründe haben — folgendermaßen vor: Sowohl im endogenen wie exogenen Nucleinumsatz wird nicht die gesamte Menge des abgebauten Nucleins (also die Nucleinsäuren, Mononucleotide) in den Umsatz gebracht, sondern ein Teil bleibt als Reserve (zu künftigem An-

satz zur Verfügung stehend) im Körper (und wahrscheinlich in der Leber) zurück. Diese Aufspeicherung in der Leber entspricht einer Leberaufspeicherung von Glykogen, Fett, Eiweiß. Atophan hat nun eine spezifische Wirkung auf den Umsatz dieses Anteils des intermediären Nucleinstoffwechsels, der sich gewöhnlich unseren Berechnungen ganz entzieht, in dem Sinne, daß es hier umsatzverstärkend oder mobilisierend wirkt. Dabei halten wir es für ausgeschlossen, daß selbst Mononucleotid Levennes aus dem Purinkern etwas anderes wird als Harnsäure. Auch ist es ganz gleichgültig, ob die Desamidierung in der intakten Nucleinsäure erst vor sich geht, oder ob die Nucleinsäure erst aufgespalten wird. Gibt man einem Gesunden bei purinfreier Diät Atophan (zwei oder mehr Tage lang 3 g), so erhält man eine maximale Harnsäureausscheidung über den endogenen Wert hinaus, die trotz weiterer Atophandarreichung nach einiger Zeit geringer wird. Bei purinhaltiger Diät ist die Mehrausscheidung unter der Atophandarreichung entsprechend größer. Das Wesen der Atophanwirkung liegt also nach unserer Meinung in dem Umsatz des intermediären (sonst wohl zum Wiederaufbau verwandten Nucleinsäuredepots) und sekundär in der Anregung der Niere zur Ausscheidung der zirkulierenden Harnsäure. Zweifelsohne tritt zur Zeit der Atophandarreichung bei Gesunden eine, wenn auch geringe Urikämie ein (Retzlaff, Dohrn); daß beim Gichtiker unter dem Einfluß des Atophans die Harnsäure aus dem Blute verschwindet, haben wir jedenfalls noch nicht feststellen können. Unter Zugrundelegung dieser obengenannten objektiven Beobachtung, daß beim Gesunden wie beim Gichtiker durch Atophan eine sich bald erschöpfende Harnsäureausscheidung zutage tritt, können wir die empirische günstige Wirkung des Atophans für die Gicht folgendermaßen verwerten: Stellt die Stoffwechselgicht verschleppte Harnsäurebildung und Ausscheidung dar, so macht die Atophandarreichung einen beschleunigten Harnsäureumsatz und Ausscheidung, stellt also symptomatisch einen im entgegengesetzten Sinne wirkenden Mechanismus dar. Wir erreichen beim Gichtiker als Bilanz auf jeden Fall Eliminierung der Harnsäure, müssen aber, da die Wirkung sich bald erschöpft, die optimale Wirkung des Atophans zu erzielen suchen. Im allgemeinen geben wir beim Gichtiker das Atophan in Dosen von 2 bis 3 g pro die (à 0,5 g verteilt über den Tag) in Anfallsperioden nur unmittelbar vor oder unmittelbar nach dem Anfall, da hier die Harnsäureausscheidung sehr niedrig zu liegen pflegt. Während der heftigsten Gelenkattacken geben wir das Atophan nicht, da schon normalerweise zu jener Zeit im Gichtanfall eine starke Harnsäureelimination stattfindet, die durch das Atophan wenig gesteigert wird. Nach dem Anfall gegeben, kann es dagegen weitere Exazerbationen verhindern, vor dem Anfall genommen, das Auftreten eines Anfalles kupieren. Man muß also dem Gichtiker das Präparat in die Hand geben und ihm überlassen, sowie die ersten prämonitorischen Zeichen eines Gichtanfalles auftreten,

das Atophan zu nehmen. Weiter geben wir bei Fällen von typischer Arthritis urica oder Fällen von primär chronischer Arthritis urica das Atophan in regelmäßigen Intervallen, und zwar in leichteren Fällen alle vier Wochen, in schwereren Fällen alle 8—14 Tage, durch zwei Tage hindurch (je 2,0—3,0 g pro die); damit ist man in der Tat imstande, sehr häufig das Auftreten der Anfälle herauszuschieben oder sogar — soweit unsere Beobachtungen, die sich in dieser Beziehung nicht über zwei Jahre erstrecken — ganz zu vermeiden. Eine tägliche Darreichung von Atophan empfiehlt sich bei diesen Fällen selbst in kleinen Dosen nicht, da man damit gar nichts erreicht. Anders liegen allerdings die Dinge bei Polyarthritis urica mit hohem Harnsäuregehalt des Harnes und Blutes. Hier kenne ich Fälle, wo die Patienten seit einem Jahre täglich 1—2 g Atophan nehmen, und wo das Aussetzen des Mittels sofort heftige Schmerzen in den Gelenken verursacht; und das Merkwürdige an diesen Fällen ist, daß trotz einer so langen Darreichung von Atophan keine Störung vonseiten der Niere vorhanden ist, und daß das Atophan trotz langer Darreichung immer noch eine Vermehrung der Harnsäure verursacht. Das bestätigt unsere Ansicht, daß man diese Fälle mit der geringen oder gar nicht nachweisbaren Purinstoffwechselanomalie als harnsäure-diabetische bezeichnen muß, d. h. solche, deren Harnsäurebildungsvermögen (synthetisch bzw. analytisch) gesteigert ist. Schlechtere Erfahrungen haben wir mit der Atophandarreichung bei Fällen reiner Nierengicht gemacht; in manchen Fällen versagte es nicht nur in bezug auf die Harnsäureausscheidung, wir bekamen auch, trotz Natron, häufig Nierenschmerzen, auch konnte ich manchmal geringe Vergiftungssymptome (Uebelkeit, Unwohlsein, schnellen Puls, Herzklopfen usw.) beobachten. Es ist das Atophan also in erster Linie bei der Arthritis urica und der primär chronischen Arthritis urica in intermittierender Darreichungsform indiziert, bei der Polyarthrits urica in mehr oder minder längerer Anwendung; mit Vorsicht zu gebrauchen ist es bei der Nierengicht. Das ist fast die einzige interne medikamentöse Anwendungsweise, die wir üben; die Diamine, das Citarin usw. verschmähen wir vollständig und geben nur bei manchen Formen von chronischer Arthritis urica wie bei der Bleigichtniere noch innerlich Jod. Dafür legen wir aber besonderes Gewicht noch auf die äußere Therapie. Sehr zu empfehlen sind nach unseren Erfahrungen 3% Solbäder (37° C.) und Massage der Gelenke mit externer Anwendung der Derivantien. Auch Schlamm packungen der Gelenke wirken besonders bei den chronischen Formen der Gicht sehr günstig, wahrscheinlich in einem die Resorption der Harnsäure begünstigenden Sinne. Von externen Mitteln haben wir sodann in letzter Zeit noch zwei Mittel bei Gichtikern mit torpiden Gelenkaffektionen erprobt. Da ist ein Antagran sich nennendes Mittel und ein mir von Herrn Professor Wolfenstein und Dr. Zenner zur Verfügung gestelltes Präparat. Antagran, über dessen Zusammensetzung ich keinen Anhaltspunkt habe,

ist mir von Herrn San.-Rat Siegel zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt worden. Es besteht aus mehreren Lösungen, mit denen massierend nacheinander die Gelenke des Körpers eingerieben werden. Dem Geruche nach ist in dem Mittel Campher, Terpentin, Chloroform und wahrscheinlich vieles andere noch enthalten. Sicherlich nützt man bei methodischer Anwendung bei vielen Fällen von Gicht mit diesem Mittel; natürlich hat es keinen die Gicht etwa spezifisch beeinflussenden Wert, sondern nur den eines guten Derivans. Das Gleiche läßt sich von dem von Prof. Wolfenstein dargestellten Präparat sagen, seiner chemischen Konstitution nach ist es ein Acetylsalicylsäuretrichlorisobuthylester, der, in einem neutralen Paraffin oder sonstigen Fette gelöst, zur Anwendung kommt. Beide Präparate können wir zur Anwendung empfehlen. Was schließlich die Radiumtherapie der Gicht anbelangt, so sind — wenn Erfolge zu erzielen sind — dieselben so selten und so mühsam erkaufte, daß wir von der Radiumtherapie bei den meisten Fällen von Gicht Abstand nehmen, es sei denn, daß man die Gelegenheit hat zur Radiumtherapie mit größern Dosen, als es z. B. das 2 Macheinheiten-Emanatorium liefert.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 34.)

Beiträge zur Atophanbehandlung. Von Sanitätsrat Dr. Hugo Bach (Bad Bertrich) und Dr. phil. Eduard Strauß. (Aus der Privatklinik für Zuckerkrankhe und diätetische Kuren von Sanitätsrat Dr. Eduard Lampe in Frankfurt a. M.) Das Atophan wurde in folgender Weise angewandt: Man gab drei Tage hintereinander viermal täglich (9, 12, 3, 6 Uhr) 0,5 Atophan mit je 5 g Natron bicarbonicum und ließ dabei täglich ca. eine Flasche Fachinger Wasser trinken. Vor, während und nach der Atophanbehandlung wurde die gleiche Diät, die in möglichst purinfreier gemischter Kost bestand, sowie die gleiche Betätigung der Patienten eingehalten. In allen Fällen wurde folgendes festgestellt:

1. Die Harnsäureausscheidung wird durch Atophan erhöht, und zwar in den meisten Fällen am ersten Atophantage um das Doppelte.

2. Die Harnsäureausscheidung sinkt am ersten atophanfreien Tage in den meisten Fällen unter die Norm, um dann wieder langsam zu steigen.

3. Der Blutdruck scheint unter Einwirkung des Atophans etwas zu sinken.

4. Eine nierenreizende Wirkung durch das Atophan konnte in keinem Falle beobachtet werden. Selbst zwei Patienten mit Schrumpfnieren vertrugen Atophan ohne Beschwerden und ohne irgendwelche Veränderung des chemischen und mikroskopischen Urinbefundes (keine Vermehrung des Eiweißes und der Zylinder).

5. Das subjektive Allgemeinbefinden wurde in allen Fällen durch das Atophan günstig beeinflußt. Die Patienten erklärten sich nach den Atophantagen „erleichtert und erfrischt“.

6. Eine Steigerung der Diurese konnte bei Berücksichtigung der größeren Flüssigkeitszufuhr nicht beobachtet werden.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Basedow'sche Krankheit.

Bei der **Behandlung des Basedow** muß nach Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. E b s t e i n (Göttingen) eine bestehende **Koprostase** Berücksichtigung finden und zweckgemäß — am besten mit großen Oelklysmen — behandelt werden. Dann schwindet, wie vier Beobachtungen lehrten, mit der Koprostase oft auch die B. und kann sogar dauernd geheilt werden.

(Therap. Monatshefte, Dezember 1911.)

Schmieden spricht über **Intestinalerscheinungen bei Basedow-scher Krankheit**. Der Vortragende stellt einen 36jährigen Arbeiter vor, bei dessen an sich leichter und lange Zeit undiagnostizierter Basedow-scher Krankheit die Intestinalerscheinungen so im Vordergrund standen, daß der Kranke lange auf ein Darmleiden behandelt und zur genaueren Feststellung eines solchen in die Chirurgische Klinik in Berlin geschickt wurde. Während sich ein solches nicht nachweisen ließ, fielen leichte, aber typische Basedow-Symptome auf, etwas Exophthalmus, Schilddrüsenvergrößerung, Nervosität, und auf Grund der Diagnose: Intestinalerscheinungen bei beginnendem Basedow, wurde die in diesem Falle recht schwierige halbseitige Exstirpation der Schilddrüse gemacht. Sofort waren die schweren wässrigen Durchfälle wie mit einem Schlage beseitigt, während die übrigen Symptome nur langsam abklangen. Heute, nach etwa einem halben Jahre, ist der Kranke völlig geheilt und hat stark an Gewicht zugenommen. — Der diagnostisch interessante Fall wirft ein Streiflicht auf die Deutung der nervösen Begleiterscheinungen beim Basedow überhaupt; wenn so plötzlich die Beseitigung der überflüssigen Schilddrüse Heilung bringt, so muß damit der primäre Herd des Leidens getroffen sein; auch scheint die Beobachtung dafür zu sprechen, daß es sich dabei um eine Thyreotoxikose des Sympathicus handelt, und nicht um eine direkte Reizung der Darmschleimhaut; die Durchfälle und die Art ihres Auftretens sprachen durchaus für eine Innervationsstörung.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 13. Mai 1912. —
Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Erbrechen, nervöses.

Ueber nervöses Erbrechen gibt Oberarzt Dr. Walter Wolff (Berlin) folgende orientierende Uebersicht:

Allgemeines: Unter nervösem Erbrechen kann man alle Formen von Vomitus verstehen, die nicht durch ein organisches Magenleiden bedingt sind. Es kommt reflektorisch unter Mitwirkung des Brechzentrums im vierten Ventrikel zustande und kann hervorgerufen werden durch:

1. Gehirn- oder Rückenmarkserkrankungen (z. B. Tabes, Meningitis, Tumor cerebri),
2. Erkrankungen anderer Organe (z. B. Nephritis, besonders Urämie, Chole- und Nephrolithiasis, Peritonitis, Pharyngitis, Pertussis),
3. Intoxikationen und Autointoxikationen (z. B. Gravidität, Helminthiasis, Morphinum, Chloroform),
4. akute Infektionen (z. B. Scarlatina),
5. nervöse Störungen der Magensaftsekretion (Hypersekretion, besonders Gastrosukkorhoe, nervöse Achylie).

Symptome: Das nervöse Erbrechen ist meist kontinuierlich, häufig kopiös. Durch den auch bei ganz leerem Magen fortbestehenden Brechreiz kommt es oft zu Beimengungen von Dünndarminhalt (Galle) und kleinen Quantitäten Blut. Beide Symptome haben keinen besonderen diagnostischen Wert. Eintritt des Erbrechens sofort nach Nahrungsaufnahme besonders bei Gravidität, Helminthiasis und nervöser Achylie, Erbrechen bei leerem Magen, besonders bei Gastrosukkorhoe, doch kann auch in diesen wie in den meisten sonstigen Fällen das Erbrechen völlig unabhängig von der Nahrungsaufnahme sein. — Die Untersuchung des Erbrochenen ergibt Vorhandensein oder Fehlen von freier Salzsäure, nie größere Mengen Gärungsmilchsäure. Auch werden nie Nahrungsreste gefunden, die schon vor längerer Zeit in den Magen eingeführt wurden. Mikroskopisch finden sich nur vereinzelte Mikroorganismen.

Therapie: Vor allem Feststellung und, soweit möglich, Beseitigung des Grundleidens. Nur bei Gravidität durchaus konservatives Verfahren, mindestens bis in die zweite Hälfte der Gravidität hinein, wo das Erbrechen, auch in schwereren Fällen, zu verschwinden pflegt.

Im übrigen symptomatisch:

1. bei Erkrankungen des Zentralnervensystems: Lumbalpunktion, eventuell epidurale Novokaininjektionen (nur im Krankenhaus! Erfolg sehr zweifelhaft), Eisblase auf den Kopf.
2. a) bei Urämie: Aderlaß mit folgender intravenöser Injektion physiologischer Kochsalzlösung, ,
 b) bei Steinkoliken: Lokale Wärmeapplikation, Vollbad, Morphinum, eventuell mit Atropin, körperwarmer Darmeinläufe,
 c) bei Pharyngitis oder Pertussis: Lokale Anästhetika (Kokain und seine Ersatzpräparate), allgemeine leichte Narkotika (Bromoforn, Rami-Sirup und dergleichen),
3. bei Intoxikationen:
 - a) wenn die Gifte in den Magen gelangt sind, Magenspülungen und Antidota,
 - b) bei vom Blut aus wirkenden Giften: Außer den Gegengiften Schlucken von Eispillen, teelöffelweise eisgekühlter Tee oder Kognak,
4. bei akuten Infektionen: keine spezifische Therapie notwendig,

5. bei nervösen Sekretionsstörungen des Magens:

- a) Hypersekretion und Gastrosukkorrhoe: Eiweißreiche Nahrung, besonders Milch und Eier, leichte Vegetabilien. Alkalisches Pulver mit oder ohne Belladonna, z. B.:

Rp. Extr. Belladonn. 0,2
 Bismut. carbon.
 Magnes. ust. aa 7,5
 Natr. citr. 15,0

MDS. Dreistündlich eine Messerspitze voll zu nehmen,
 oder: Atropin subkutan zweimal täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 mg,

- b) nervöse Achylie: Acid. hydrochl. dilut., dreimal täglich 10 bis 20 Tropfen Pankreon dreimal täglich 0,5. Amara. Diätetisch: Leichte Kohlehydrate, besonders feine Mehle zu bevorzugen.

Außerdem auch bei Tabes, Helminthiasis, Gravidität zu versuchen:

Rp. Cer. oxalic. 0,1
 Sacchar. 0,3

MDS. Drei- bis fünfmal täglich ein Pulver nach den Mahlzeiten
 oder: Cycloform 0,2—0,5
 mehrmals täglich

oder: Anaesthesin 0,3—0,5
 mehrmals täglich vor den Mahlzeiten.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 3.)

Hodenektomie.

Zur Diagnose des ektopischen Hodens. Von Heinrich Wachtel (Wien). Verfasser möchte auf ein Symptom des ektopischen, nicht ins Skrotum deszendierten Hodens aufmerksam machen, das vielleicht geeignet ist, manche diagnostische Schwierigkeit zu beseitigen. Bekanntlich können Entzündungen eines Leistenhodens Erscheinungen machen, die überaus denen einer inkarzierten Hernie gleichen. Ein Griff in den Hodensack wird da die Aufmerksamkeit auf die Eventualität eines Leistentestikels lenken. Gesichert wird die Diagnose, wenn die fragliche Geschwulst in der Leiste den Kremasterreflex gibt. Der Kremasterreflex besteht, wie bekannt, darin, daß beim kräftigen Streichen mit dem Stiel eines Perkussionshammers oder mit einer spitzen Nadel an der Innenseite des Oberschenkels, oder beim tiefen, raschen Druck mit der Hand handbreit über dem Condylus internus — der Testikel im Skrotum reflektorisch hinaufsteigt (Strümpell). Diesen Reflex gibt auch der im Leistenkanal zurückgebliebene Testikel, und zwar gibt er ihn auch im entzündeten Zustand. Der Reflex äußert sich hier im Aufsteigen des Testikels längs des Leistenkanals. Das Symptom wird absolut gegen eine inkarzierte Hernie und für eine Epididymitis oder dergl. eines Leistenhodens sprechen. Weiter kämen in Betracht Differentialdiagnosen zwischen Leistentestikel und einer Hernienentzündung, einer Lymphadenitis, einer

angewachsenen Hernie, einer Hydrozele, überhaupt irgend einen Tumor im Inguinalkanal. Man wird sich dabei immer an den Satz halten können, daß, wenn der fragliche Tumor den Kremasterreflex aufweist, es bestimmt und nur ein ektopischer Hoden sei, da keine andere Geschwulst das tun könne, — wenn aber nicht, so ist noch der ektopische Hoden nicht ausgeschlossen! Der ektopische Testikel wird nämlich keinen Kremasterreflex geben in allen jenen Fällen, wo infolge einer Krankheit des Nervensystems, hohen Alters, auch in seltenen Fällen bei augenscheinlich normalen (?) Menschen, bekanntlich die Kremasterreflexe auch bei normal gelagerten Testikeln fehlen. Man wird also den Reflex eventuell am zweiten, normal im Hodensack gelagerten Testikel des Patienten nachprüfen. Erst wenn der im Skrotum gelagerte Testikel den Kremasterreflex aufweist, der Tumor aber im anderseitigen Leistenkanal nicht reagiert, wird man mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß der andere Testikel entweder ganz fehlt, oder an einer anderen Stelle verlagert ist (Abdomen, Perineum), die fragliche Geschwulst aber etwas anderes, als ein Leistentestikel sei. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 18.)

Ischias.

Fehldiagnosen bei Ischias. Von W. A l e x a n d e r. Vortragender weist auf die Häufigkeit derartiger Fehldiagnosen hin. Es sind zunächst Erkrankungen, die überhaupt mit dem N. ischiadicus nichts zu tun haben, z. B. das *Malum coxae senile*, periartikuläre Kniegelenkserkrankungen, das sogenannte *Relâchement de la symphyse sacroiliacale*, die *Spondylitis deformans incipiens*, die Abreißung von Dornfortsätzen der Lendenwirbel, der Plattfuß. Weiterhin geben Anlaß zur Diagnose der genuinen Ischias das intermittierende Hinken (hierbei fehlt niemals der Ausfall des Fußpulses), die *Neuralgia nervi cutan. femor. ext.* von B e r n h a r d t, die *Paralysis agitans* im Beginn, die *Tabes dorsalis* etc. Er berichtet dann über Fälle seiner Beobachtung, bei denen genuine Ischias fälschlicherweise diagnostiziert worden war; sie betrafen u. a. ein Aneurysma der A. poplitea, eine Osteomyelitis chronica, einen retroperitonealen Bluterguß, der auf die Wurzeln des Ischiadicus drückte, eine Sarkomatose der Wirbelsäule. Bei der Differentialdiagnose ist zu beachten, daß bei Ischias Sensibilitätsstörungen stets fehlen; ferner daß, wenn der Achillessehnenreflex nicht vorhanden ist, der Ischiadicus sicher erkrankt.

Diskussion: B ö h m : Das *Relâchement sacroiliacale* und andere Erkrankungen dieses Gelenks sind den Orthopäden durch die Arbeiten des Amerikaners Goldthrait wohl bekannt. — Preiser (Hamburg): In zahlreichen Fällen von Ichias mit Laségue-Phänomen und Druckpunkten, z. B. der Graviditätsischias (Schwangerschaftscoxalgie) ist die abnorme Beckenneigung schuld an den Beschwerden. Bei Männern verursacht Plattfuß häufig richtige Ichias, die auf eine gegen die Ursache gerichtete orthopädische Behandlung prompt weicht. — Zülzer sah Ischias als

statische Erkrankung bei Knickfuß mit Genu valgum infolge dauernder Anspannung des *M. tensor fasciae latae*. — **J o a c h i m s t h a l** berichtet über einen Fall von Ischias scoliotica, der sich später als Spondylitis tuberculosa entpuppte. — **T o b i a s**: Bei Beachtung des Fußpulses kann eine Verwechslung von Ischias und intermittierendem Hinken nicht vorkommen. — **A l e x a n d e r** (Schlußwort): Die von **P r e i s e r** erwähnten Patienten hatten keine echte Neuritis ischiadica, wenn sie auch die typischen Druckpunkte hatten.

(Orthopäd. Gesellschaft in Berlin 8. Januar 1912.)

Zur Aetiologie der Ischias. Von **K l e i n s c h m i d t**: Eine jetzt 36jährige Patientin litt zum erstenmal im 19. Lebensjahr an ischiasartigen Beschwerden, welche ein Jahr lang anhielten. Vor fünf Jahren traten die gleichen Erscheinungen auf, bestanden seitdem fort und wurden in den letzten beiden Jahren sehr intensiv. Wiederholte ärztliche Behandlung erfolglos. Bei der Untersuchung bot Patientin die typischen Symptome einer schweren Neuralgie des rechten Plexus sacralis dar. Eine Röntgenaufnahme ergab den überraschenden Befund einer angeborenen Knochenanomalie am 5. Lendenwirbel, derart, daß eine flügelförmige, etwa 4 cm lange und 2—3 cm breite Knochenspange sich vom rechten Querfortsatz aus nach dem Becken zu abwärts erstreckte. Seiner anatomischen Lage nach erschien das Knochenstück wohl geeignet, auf den hier austretenden N. lumbalis V einen Druck auszuüben und dadurch neuralgische Zustände im Gebiet des Plexus sacralis auszulösen (Demonstration des Röntgendiapositivs). **K l e i n s c h m i d t** hat daher die von festen Bandmassen umgebene Knochenspange von einem Längsschnitt am Rande des *M. sacrospinalis* aus exstirpiert, was sich bei der Tiefe und Unübersichtlichkeit des Operationsgebietes als nicht ganz leicht erwies. Nach der Operation zunächst keine Besserung, dann im Anschluß an eine Badekur allmählicher, zunächst noch von Rezidiven unterbrochener Rückgang der Beschwerden, schließlich nach sechs Monaten sehr erhebliche Besserung, welche jetzt vier Monate anhält. Wenn somit auch von einer völligen und dauernden Heilung noch nicht gesprochen werden kann, so läßt doch schon der jetzige Zustand im Vergleich mit dem vor der Operation so schweren und hartnäckigen Leiden den Schluß zu, daß die vorgefundene Mißbildung in der Tat als Ursache der Neuralgie angesprochen werden darf. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 11. März 1912. —

Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 30.)

Lichen.

Lichen ruber planus durch Salvarsan geheilt. Von Privatdozent Dr. **R. P o l l a n d** (Aus der Grazer dermatologischen Klinik). Eine Affektion, bei der Arsen eine geradezu spezifische Heilwirkung zu entfalten pflegt,

ist bekanntlich der Lichen ruber planus. Ueber einen Salvarsanversuch bei einem fast universellen Falle dieser Erkrankung berichtet Sch w a b e von der Herxheimer'schen Klinik. Es wurde 0,5 Arsenobenzol eingespritzt, und nach einem vorübergehenden Aufflammen der Effloreszenzen heilte die Affektion rapide mit Pigmentationen ab. Allerdings kam bald ein starkes Rezidiv. Zwei weitere Fälle von Lichen ruber mucosae zeigten nach 0,5 Salvarsan keine Besserung. Einen geheilten Fall hat auch Fränkel - Grouven mitgeteilt. Polland hatte Gelegenheit, einen Fall von Lichen ruber planus in gleicher Weise zu behandeln, und das erzielte günstige Resultat veranlaßt ihn, den Fall kurz zu publizieren. Es handelte sich um eine 47jährige, schwächliche Frau, die seit vier Monaten einen sehr ausgebreiteten Lichen ruber planus von ganz typischer Beschaffenheit hatte. Namentlich an beiden Vorderarmen und Händen war die Haut in toto höchstgradig „lichenifiziert“ und so dick infiltriert, daß Patientin im Gebrauche der Hände beträchtlich gehindert war und erhebliche Schmerzen litt. An den Unterschenkeln war die Verdickung der Haut nicht so zusammenhängend, aber ebenfalls sehr beträchtlich in bogenförmig begrenzten Herden. Außerdem fand sich der Prozeß in selten schöner Ausprägung an der Zunge und der Wangenschleimhaut, sowie am Gaumensegel. Patientin bekam zunächst 0,3 Salvarsan intravenös injiziert; es erfolgte keinerlei Allgemeinreaktion, und auch am Ausschlag war nicht viel zu bemerken. Der Schmerzhaftigkeit wegen mußten Arme und Beine mit einem erweichenden Diachylonsalbenverband bedeckt werden. In den nächsten Tagen war nur ein unwesentliches Einsinken und leichte Vermehrung der Schuppung festzustellen; eine Art Herxheimer'scher Reaktion, etwa wie in dem von Sch w a b e beschriebenen Fall, war nie zu bemerken. Nach zehn Tagen wurde die Injektion wiederholt, jedoch 0,4 Salvarsan eingespritzt. Diesmal trat eine heftige Reaktion ein, die Temperatur stieg auf 39,2°, mehrmaliges Erbrechen und starkes Abführen trat ein, verbunden mit starken Leibschmerzen, und Patientin fühlte sich zwei Tage lang recht elend. Wasserfehler oder sonstige technische Fehler bei der Injektion können mit Bestimmtheit in Abrede gestellt werden. Jetzt zeigten sich aber auch am Exanthem auffallende regressive Veränderungen: die Effloreszenzen blaßten stark ab und begannen unter reichlicher Schuppung abzuflachen, die Hautverdickung nahm rasch ab, die Beweglichkeit der Finger wurde leichter und schmerzloser. Bemerkenswert war der Effekt bei den Schleimhautaffektionen: die obersten Schichten stießen sich in größeren Lamellen ab, und es blieben empfindliche rote Erosionen zurück. Die Frau erholte sich nunmehr rasch; es wurde eine Lokalbehandlung mit Bädern und 5%iger Schwefelichthyolpasta eingeleitet, und nach 14 Tagen fand sich an den Stellen der Affektion nur eine bläulichviolette, nicht schuppende Verfärbung, die Haut war überall vollkommen weich und geschmeidig, keinerlei Schmerzhaftigkeit, die Finger in vollem Ausmaße gebrauchsfähig.

fähig, die Mundschleimhaut epithelisiert, sodaß die Patientin entlassen werden konnte. Wenn wir uns ein Urteil über die Wirkung des Salvarsans in diesem Falle bilden wollen, so fällt zunächst die geringe Wirkung der ersten Dosis auf: sie war offenbar nicht genügend, um die nötige Umstimmung des Stoffwechsels durchzusetzen. Hingegen war die Wirkung der zweiten, allerdings etwas größeren Dosis auf den bereits vorpräparierten Organismus sehr energisch und, wie so häufig, ging die Intoxikation mit der Heilwirkung parallel. Man kann daraus wohl schließen, daß bei solchen auf konstitutionellen Veränderungen basierenden Affektionen, wie Psoriasis und Lichen ruber, unter einer gewissen Salvarsandosis kein Effekt zu erwarten ist und daß man daher mit der Wiederholung der Injektion nicht zögern soll; eine gewisse Allgemeinreaktion wird man dabei wohl mit in Kauf nehmen müssen, vielleicht ist sie in diesen Fällen zur Therapie sogar nötig. Aus dem endlichen Heileffekt des Salvarsans rückschließen zu wollen, daß der Lichen ruber planus auch eine Spirochätenkrankheit sein könnte, scheint wohl etwas gewagt; die Wirkung des Arsens als Alterans und Resorbens dürfte zur Erklärung des Heileffektes wohl ausreichen. (Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Neurosen.

Traumatische Psychosen und Neurosen. Von Prof. Dr. Ra e c k e in Frankfurt a. M. Am einwandfreiesten ist der kausale Zusammenhang zwischen Trauma und Bewußtseinsstörung da gegeben, wo der Unfall unmittelbar eine Commotio cerebri zur Folge hat. Man sollte jede ausgesprochene Commotio cerebri grundsätzlich zunächst längere Zeit mit strengster Bettruhe behandeln und später für ausreichende Schonung Sorge tragen, damit die gesetzten Schädigungen wirklich auskuriert werden. Jedenfalls ist es unmöglich, sogleich nach dem Unfalle zu übersehen, wie schwer das Gehirn durch die Erschütterung in Mitleidenschaft gezogen ist. Es kann unter Umständen geschehen, daß richtige Kontusionen des Gehirns mit multipler Zertrümmerung des Gewebes, Gefäßzerreißen und zahlreichen Blutaustritten nicht alsbald durch klinische Symptome sich kenntlich machen. Relativ häufig findet sich gleichzeitig eine Kombination von diffuser Erschütterung des Gehirns und lokaler Herdbildung durch Quetschung. Nicht immer erwacht der Kranke nach einer Commotio aus der Bewußtlosigkeit klar und geordnet. Es kann sich interessanterweise wie nach Strangulation ein deliranter Zustand anschließen, auch ohne daß Alkoholmißbrauch in Frage kommt. Wie im protrahierten Delirium tremens sieht man auch bei dem Delirium traumaticum gern Konfabulationen nach Art eines Korsakow'schen Symptomenkomplexes sich entfalten. Bald hat man bei längerer Dauer der Verwirrtheit mit Ratlosigkeit das Bild der Amentia; bald herrschen Stereotypien und Muskelspannungen vor, daß sich die Bezeichnung Kato-tonie am meisten zu empfehlen scheint. Schwieriger liegen die ätiolo-

gischen Verhältnisse, falls die Psychose erst nach einem längern zeitlichen Zwischenraum gewissermaßen sekundär in Erscheinung trat. Dann wird sich der Nachweis des Zusammenhanges vor allem darauf zu stützen suchen, daß die Prodromalsymptome der Geisteskrankheit sich allmählich und unmerklich aus den von der *Commotio* herrührenden Beschwerden herausgebildet haben. Andernfalls darf man höchstens auf Grund der Schwere einer Kopfverletzung vermuten, daß sie die Disposition für das Ausbrechen einer Psychose geschaffen haben mag. Mit der Annahme einer „traumatischen Färbung“ einer Geistesstörung sei man lieber vorsichtig. Bedeutend vereinfacht wird die Beurteilung überall da, wo sich im Verlauf der psychischen Störung nach Trauma deutliche Symptome einer Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten als Zeichen organischer Schädigungen des Gehirns bemerkbar machen, ohne daß progressive Paralyse, *Dementia senilis*, *Arteriosklerosis cerebri*, chronischer Alkoholismus als Ursachen anzuschuldigen wären. Man spricht dann von einer *Dementia posttraumatica*. In der Regel entwickelt sie sich direkt aus dem *Delirium traumaticum* heraus oder ohne ein solches aus dem *Komotionskoma*. Sie kann aber auch langsam mit der Zeit zutage treten. Es fällt dann eine zunehmende Schwerfälligkeit auf im Denken. Aufträge werden mangelhaft aufgefaßt und schnell wieder vergessen. Die Merkfähigkeit leidet. Die geistigen Interessen nehmen ab. Schritt für Schritt bildet sich eine Verblödung aus, die aber selten ähnliche Grade erreicht, wie bei der Paralyse. Pupillenstörungen kommen vor, doch nicht typisches Silbenstolpern, nicht starke Lymphozytose und Eiweißvermehrung in der Lumbalflüssigkeit. Beachtenswert ist übrigens, daß die posttraumatische Demenz sich bisweilen erheblicher Besserung zugänglich erweist. Neben der großen Reizbarkeit, welche ungefähr allen Kranken mit traumatischer Demenz eigen ist, trifft man öfters noch andere an Epilepsie mahnende Züge wie Neigung zu unmotivierten Verstimmungen, ängstlichen und zornigen Erregungen, Delirien und Dämmerzustände. Ueberall ist zwischen Epilepsie und Alkoholismus ein enger Zusammenhang vorhanden. Auch die epileptoiden Zustände der Traumatiker werden in der großen Mehrzahl der Fälle durch Trinkexzesse ausgelöst. Bekannt und gefürchtet sind die pathologischen Rauschzustände mit blinder, oft brutaler Gewalttätigkeit, welche sich als krankhafte Reaktion eines traumatisch veränderten Gehirns auf Alkoholgenuß darstellen. Daß eine gelegentliche Erschütterung des Schädels *Arteriosklerose* der Hirngefäße erzeugen sollte, ist durchaus unwahrscheinlich. Eher könnte man an eine solche Wirkung häufig wiederholter psychischer Erregungen denken. Sicher können auch ohne jede tatsächliche Verletzung allein schon durch die erlittene Erregung und Nervenanspannung erwerbsbeschränkende Beschwerden hervorgerufen werden. Natürlich handelt es sich in allen solchen Fällen um Psychopathen, welche infolge seelischer Erregungen der verschiedensten Art an hysterischen Psycho-

neurosen erkranken. Sie werden ebenso leicht auch durch den Schreck, der einen Unfall begleitet, in entsprechende Ausnahmestände geraten können. Bald kommt es da zu Dämmerzuständen mit Vorbeireden, bald zu systematischen Amnesien, die hochgradige Gedächtnisschwäche und Intelligenzdefekte vortäuschen, ja bei darauf gerichteter Untersuchung geradezu die zerebralen Herdsymptome imitieren. Für die Erkennung einer Hysterie kommt es vor allem auf die Würdigung der psychischen Gesamtpersönlichkeit an. Der Nachweis körperlicher Stigmata in größerer Zahl ist wertvoll. Einzelsymptome, wie Gesichtsfeldeinschränkung und Sensibilitätsstörungen, sind isoliert von geringer Bedeutung; sie sind nicht objektiv und lassen sich leicht vortäuschen. Indessen nicht nur Psychopathen, auch sogenannte normale Durchschnittsmenschen sind dem Einflusse des psychischen Schoks zugänglich, sofern derselbe nur mächtig genug auftritt. Wallungen, Herzklopfen, Herzparoxysmen, Labilität und Steigerung des Pulses, Erwartungsangst, Schweißausbrüche, nächtliches Aufschrecken, Schlaflosigkeit stehen im Vordergrund des Bildes, können sich mit Verlust jeder Initiative verbinden. Ebensolche Alteration des Vasomotoriums, die direkt an das Bild einer Herzneurose erinnert, und hoffnungslose Energielosigkeit finden sich auch sehr oft als sogenannter neurasthenischer Komplex im Gefolge eines von heftigem Schreck begleiteten Unfalls, öfter zusammen mit noch anderen neurasthenischen Symptomen wie Zerstretheit und Ueberempfindlichkeit. Handelt es sich um Personen mit bereits geschwächtem oder erkranktem Nervensystem, oder um von Haus aus Schwachsinnige, um erblich schwer Belastete, um degenerative Menschen, dann kann auch ohne jeden Schok allein die Tatsache des erlittenen Unfalles dauernde nervöse Klagen bedingen. Hin und wieder erreicht die Verbissenheit einen solchen Grad, daß man von einer traumatischen Paranoia querulatoria reden muß. Wo sich lediglich auf Grund einer schon vorher vorhandenen krankhaften Disposition an einen ganz leichten Unfall ohne nachweisbare Folgen der maßloseste Rentenkampf anschließt, um allmählich in eine Psychose überzuleiten, da spricht die größere Wahrscheinlichkeit dafür, daß nicht der Unfall, sondern Rentenkampf Ursache der nervösen und psychischen Erwägungen war. Daher ist es nicht zulässig, allgemein von einer Prognose der traumatischen Neurose zu reden. Andererseits läßt sich nicht in Abrede stellen, daß sämtliche Psychoneurosen nach entschädigungspflichtigen Unfällen durch die Beimischung von Rentenbegehrungsvorstellungen eine gewisse charakteristische Färbung annehmen können und dadurch im Verlaufe und Ausgang viel Uebereinstimmung zeigen. Reine Simulation ist selten. Recht häufig findet sich Uebertreibung. Es ist ein entschiedener Fehler, einem Hysteriker Vollrente auch nur vorübergehend zu gewähren. Die Zahl der „traumatischen Neurosen“ wird in der Regel

sehr überschätzt. Es sollen in Wahrheit nur ca. 14 auf 2700 Unfälle kommen. (Zeitschrift für Versicherungsmedizin 1912 Nr. 5. —

Deutsche Medizinalzeitung 1912 Nr. 33.)

Schwere Neurose nach geringfügiger Fingerverletzung. Von Dr. Pickenbach in Berlin. Ein Tischler, 35 Jahre alt, glitt am 8. November 1902 beim Sägen eines zölligen Brettes, welches in einer Stoßlade lag, mit dem Hobel von der Brettkante ab und stieß sich die Spitze des rechten Zeigefingers. Nach einigen Tagen entstand an der Beugeseite der betr. Fingerkuppe ein gewöhnliches Panaritium, das gespalten wurde und innerhalb zehn Tagen glatt heilte. Andere Erkrankungen, besonders nervöse Erscheinungen, wurden laut Attest von den behandelnden Aerzten damals nicht bemerkt. Zwei Monate nach dem Unfall trat N. mit der Behauptung auf, an schwerer Nervenerschütterung zu leiden, führte sie auf den erlittenen Unfall zurück, fügte als Beweis ein ärztliches Zeugnis bei, in dem bescheinigt wurde, daß bei N. ein allgemeiner Körperversfall, elendes Aussehen, lebhaftes Zittern, abnorme Schweißsekretion, Sensibilitätsstörungen. Steigerung der Kniesehenreflexe (vornehmlich rechts). Unsicherheit in den Beinen, Pulsbeschleunigung (150 in der Minute) bestände. Das Krankheitsbild wurde als schwere Neurose bezeichnet. Die von der betreffenden Berufsgenossenschaft herangezogenen Aerzte bestätigten die Krankheitserscheinungen, erklärten sie für eine Unfallsfolge, empfahlen dringend Anstaltsbehandlung, welche in einer staatlichen großen Nervenklinik während 53 Tagen ausgeführt wurde. Hier wurden die gleichen objektiven Symptome bei N. beobachtet, eine Simulation ausgeschlossen, das ganze als eine Hystero-Neurasthenie aufgefaßt und auf den betreffenden Unfall zurückgeführt. N. wurde von dem betreffenden Gutachter, einem speziellen Kenner der Nervenkrankungen, für voll erwerbsunfähig erklärt. Nach den Akten, die verschiedene persönliche Schreiben des N. an die Berufsgenossenschaft enthalten, muß man entschieden dem Untersucher Recht geben, da in den Briefen das krankhafte Wesen des N. so recht zur Geltung kommt, wie z. B. N. Selbstmordgedanken äußert, vom Verhungern usw. spricht. Ungefähr ein halbes Jahr danach konnte der Vertrauensarzt der Genossenschaft eine erhebliche Besserung bei N. dadurch feststellen, daß die Stimmung sich gehoben hatte, das ganze Wesen ruhiger geworden war, die grobe Kraft der Extremitäten zugenommen hatte, die nervösen Erscheinungen im ganzen zurückgegangen waren. Auf Grund dieses Befundes empfahl er zur weiteren Hebung des Allgemeinzustandes, N. leichte Arbeit unter ärztlicher Aufsicht verrichten zu lassen, was in einer auswärtigen Anstalt geschah. Die dortigen Aerzte gewannen die Ueberzeugung, daß N. jetzt etwas leisten könnte, erklärten ihn für nur noch 75% in seinem Erwerbe geschädigt. Der Verletzte war aber damit nicht zufrieden, er beantragte richterliche Entscheidung. Der vom Gericht mit der Untersuchung betraute Arzt, ein Spezialist in der Nerven-

heilkunde, stellte eine gewisse allgemeine Körperschwäche, Zittern am ganzen Körper, Sensibilitätsstörungen, Steigerung der Sehnenreflexe fest, bezeichnete die Krankheit als Neurose, führte sie auf den Unfall zurück, empfahl zur Besserung des Zustandes leichte Arbeit, schätzte die Erwerbsbeschränkung ebenfalls auf 75%. Das Allgemeinbefinden hob sich langsam; nach Ablauf eines weiteren Jahres konnte die Rente auf 50%, später auf 25% herabgesetzt werden. N. half jetzt seiner Frau im Geschäft, fing an einen selbständigen Handel zu betreiben, zog schließlich mit Pferd und Wagen in den Straßen Berlins umher, um Obst zu verkaufen. Hierbei erlitt er, angeblich durch die Belästigungen seitens der Polizei, acht Jahre nach seinem ersten Unfall, einen zweiten, wobei er sich einen rechtsseitigen komplizierten Unterschenkelbruch zuzog, welcher eine Krankenhausbehandlung erforderte. Hier wurde nichts mehr von einem Nervenleiden bemerkt, vielmehr sein ganzes Nervensystem als normal bezeichnet. Der Hergang wird dahin erklärt, daß der Stoß womöglich direkt eine sensible Nervenbahn getroffen, dadurch das ganze zentrale Nervensystem abnorm erregt habe. Therapeutisch kann man in solchen Fällen nur durch große Ruhe in jeder Hinsicht etwas erreichen, weswegen es dringend zu empfehlen ist, dem Verletzten zunächst die Vollrente zu gewähren, nebenbei aber zu suchen, sein Selbstvertrauen zu stärken, ihn zu leichter Tätigkeit, sei es selbst im Haushalte, anzuregen; allmählich wird er dann zu schwerer Arbeit übergchen. Mit vollem Recht weist ein Gutachter darauf hin, wie falsch es ist, einen derartigen Kranken häufig zu untersuchen oder gar in Aerzten- resp. Studentenkreisen als interessanten Fall vorzustellen. Hierdurch werden derartige Nervenranke zu sehr auf ihr Leiden aufmerksam gemacht, fangen an, sich zu viel mit sich selbst zu beschäftigen, suchen jeden Fremden für ihre Krankheit zu interessieren, glauben sich durch jeden Untersucher, der nicht ganz ihrer Ansicht ist, schwer geschädigt, kommen infolgedessen zu keiner inneren Ruhe.

(Zeitschrift für Versicherungsmed. 1912 Nr. 5. —
Deutsche Medizinalzeitung 1912 Nr. 33.)

Zur Diagnose und Behandlung der reinen Herzneurosen. Von Dr. Müller de la Fuente in Schlangenbad. „Daß die nervösen Erkrankungen des Herzens in der Praxis nicht die ihnen gebührende Beachtung finden, ist eine Tatsache, die darin ihre Begründung finden mag, daß sie meist diagnostisch falsch aufgefaßt werden. Denn entweder werden sie als erste Anzeichen einer beginnenden organischen oder arteriellen Veränderung angesehen oder als Begleiterscheinung einer bestehenden allgemeinen Neurasthenie. Zweifellos lassen die Symptome in vielen Fällen eine derartige Deutung zu; aber deshalb darf doch nicht außer Acht gelassen werden, daß, wie auch Krehl betont, Herzneurosen ganz für sich allein bestehen können. Ich habe eine ganze Reihe solcher Fälle durch

viele Jahre hindurch genau beobachtet, bei welchen sich auch nicht die geringste Veränderung am Herzen selbst einstellte, während andererseits auch kein Symptom einer allgemeinen Neurasthenie während der ganzen Zeit nachzuweisen war. Da nun die Erscheinungen der Herzneurose häufig subjektiv sehr quälende sind und auch objektiv oft einen bedrohlichen Eindruck machen, so ist der Verdacht auf eine beginnende Herzkrankheit zum mindesten sehr berechtigt, und es bedarf meist einer länger dauernden Beobachtung, um die Natur des Leidens festzustellen. Einige Unterscheidungsmerkmale, die sich mir im Laufe meiner zahlreichen Beobachtungen aufgedrängt haben, möchte ich hier erwähnen, ohne jedoch eine unbedingte und auf alle Fälle anwendbare Gültigkeit für sie zu beanspruchen. Vorwiegend hat unter den Erscheinungen der reinen Herzneurosen das weibliche Geschlecht zu leiden, und zwar in allen Altersstufen. Daß Klimakterium und Pubertät mehr oder weniger stark die Herznerven beeinflussen können und auch — zumal ersteres — sehr häufig tun, ist eine bekannte Tatsache. Indessen sind auch die mittleren Lebensjahre durchaus nicht verschont. Hier können die verschiedensten Ursachen in Betracht kommen: häufige oder länger dauernde seelische Erregungen, Kummer, Sorgen und — nicht zuletzt — plötzlich eintretende Aenderungen in der Vita sexualis. Es ist dabei in Betracht zu ziehen, daß das weibliche Geschlecht im allgemeinen mehr zu seelischen Depressionen neigt als der Mann und in verhältnismäßig kleinen Ursachen einen Anlaß zu pessimistischen Grübeleien findet, und zwar um so mehr, je weniger von außen her Gelegenheit zur Ablenkung geboten wird. Derartig veranlagte Frauen stellen das Hauptkontingent zu den nervösen Herzkrankheiten. Damit soll freilich nicht gesagt sein, daß das männliche Geschlecht verschont bliebe; jedoch ist bei diesem aus naheliegenden Gründen die oben angegebene Ursache weniger oft vorhanden, dagegen um so häufiger geschäftliche oder geistige Ueberanstrengung. (Abusus von Alkohol und Nikotin ist natürlich auszuschließen.) Das Leiden setzt meist langsam und schleichend ein, entwickelt sich jedoch dann weit rascher als die organischen Erkrankungen zu einer oft sehr quälenden Höhe. Mir sind Fälle bekannt, wo monate-, ja sogar jahrelang nur über zeitweise bestehendes Herzklopfen, verbunden mit leichter Beängstigung, geklagt wurde, bis dann ganz plötzlich und ohne jede erkennbare Ursache ein schwerer Anfall von Angina pectoris einsetzte, der sich späterhin als die Einleitung einer schweren Herzneurose darstellte. In dieser Plötzlichkeit, mit der sich das bis dahin wenig oder gar nicht beachtete Leiden unmittelbar zur höchsten Höhe erhebt, scheint mir — sehr häufig wenigstens — ein wichtiges differentielles Merkmal zu liegen. Ein weiteres ist darin gegeben, daß der Blutdruck in sehr vielen Fällen wenig oder gar nicht verändert ist; sogar bei ausgesprochenen Anfällen von Angina pectoris steigt er dann nur wenig über die Norm. Zuweilen steigt der Blutdruck zu Beginn des Anfalles, um dann aber ebenso rasch wieder zur

Norm zurückzusinken, noch ehe der eigentliche Anfall vorüber ist. Endlich ist noch eine sehr häufige Erscheinung das „fluttering heart“, ein deutlich fühlbares Flattern des Herzens, wie es in ausgesprochenen Fällen von Angina pectoris ja eine bekannte Erscheinung ist. Nur daß bei den Herzneurosen dieses Flattern, wenn auch in wesentlich abgeschwächter Form, auch in der anfallsfreien Zeit dem Geübten fühlbar bleibt. Zuweilen ist auch ein sehr leichtes systolisches Schwirren über der Herzspitze — ähnlich dem der Mitralinsuffizienz, aber bei im übrigen normalen Herztönen — nachweisbar. Manchmal sind alle hier angeführten Zeichen vorhanden, häufig jedoch nur das eine oder das andere. Allerdings bedarf es oft, um ihr Vorhandensein mit Sicherheit festzustellen, nicht nur einer sehr eingehenden Untersuchung, sondern auch einiger Uebung. Von der durch Neurasthenie oder — seltener — Hysterie bedingten Herzneurose unterscheidet sich die reine Herzneurose meist dadurch, daß bei jener die Anfälle von Angina pectoris, Herzklopfen, Tachykardie usw. durch eine bestimmte Ursache ausgelöst werden, während dies bei der letzteren nicht der Fall zu sein braucht. Auch sind die Neurastheniker nie ganz frei von irgend welchen Beschwerden, wogegen die mit reiner Herzneurose behafteten Kranken in der anfallsfreien Zeit sich wohl und munter fühlen, ihrer Beschäftigung nachgehen und ihr Leiden anscheinend vergessen haben. Doch ist zu beachten, daß bei Nichtbehandlung des Leidens die Anfälle sich derart häufen können, daß sie die ganze Existenz des Kranken zu einer äußerst qualvollen gestalten. Die Zahl der zur Behandlung angegebenen Mittel ist Legion. Von den Brom- und Baldrianpräparaten bis zu den schweren Herzmitteln, Digitalis und Strophantus, wird alles Mögliche in allen möglich Verbindungen angepriesen und von den Kranken versucht. Es wäre dagegen nicht viel einzuwenden, so lange nicht übersehen wird, daß allen diesen Mitteln lediglich eine symptomatische Bedeutung zukommt, und daß keines von ihnen frei von jeder unerwünschten Nebenwirkung ist. Am meisten möchte ich bei Behandlung der reinen Herzneurosen vor Digitalis und Strophantus warnen. Die Erfahrung hat mich gelehrt, daß die Wirkung dieser beiden Mittel zwar die prompteste ist — abgesehen von den gleichfalls mit größter Vorsicht zu gebrauchenden Narkoticis —, daß aber ihr häufiger oder gar dauernder Gebrauch die Krankheit eher verschlimmert. Die Baldrianpräparate haben alle einen mehr oder weniger ungünstigen Einfluß auf den Magen, und es ist ja bekannt, wie ungünstig Salvarsan des Digestionstraktus auf die Tätigkeit eines empfindlichen Herzens einwirken. Ebenso bekannt sind die unangenehmen Nebenwirkungen der Brompräparate, und zwar nicht nur der Bromalkalien. Am ehesten wäre noch ein Versuch mit Jod, etwa in Form der Jodglidine, angezeigt, das nach meiner persönlichen Erfahrung noch am besten vertragen wird und, sofern dies der Fall ist, auch eine günstige Dauerwirkung hervorzubringen pflegt. So stehen denn bei Behandlung der reinen Herzneurosen die physikalischen Methoden obenan.

Jedoch auch hier muß vor einer kritiklosen Anwendung dringend gewarnt werden. Gerade diejenigen Methoden, die bei neurasthenischen Beschwerden mit bestem Erfolg verordnet werden, können hier nicht nur völlig versagen, sondern geradezu Unheil anrichten. So die beliebten kalten Waschungen und Duschen. Die Kälte sollte überhaupt nur während des Anfalls in Form einer Eisblase oder nassen Schwammes — also nur symptomatisch — angewandt werden. Duschen — auch warme oder lauwarne — sollen wenigstens im Beginne der Behandlung unbedingt vermieden werden. Ueberhaupt muß der erste Gesichtspunkt hier ganz besonders heißen: non nocere!, demgemäß also mit äußerster Vorsicht und Schonung vorgegangen werden, da bei der verschiedenen Natur der Kranken niemals mit voller Sicherheit vorausgesagt werden kann, was eine Schädlichkeit sein wird und was nicht. Habe ich es doch schon mehr als einmal erlebt, daß Kranke auf ein erstmaliges lauwarmses Akrothermalbad von nur zehn Minuten Dauer mit mehreren, sich rasch folgenden Anfällen von Angina pectoris schwerster Art reagierten! Immerhin sollte eine Behandlung mit lauwarmen Bädern (34—35°) oder Packungen als das mildeste der uns zu Gebote stehenden Mittel den Anfang bilden, aber ohne Uebertreibung. Ich pflege die hiesigen Thermalbäder in der Weise zu verordnen, daß ich mit fünf Minuten — oder, bei schwächeren Individuen, sogar nur mit drei Minuten Dauer — beginnen und anfangs nur jeden zweiten Tag ein Bad nehmen lasse. Dauer und Häufigkeit werden dann erst allmählich nach Bedarf in individuell angemessener Weise gesteigert. Aehnlich muß auch das gewöhnliche lauwarne Bad angewendet werden (vielleicht mit etwas längerer Zeitdauer zu Beginn und rascherer Steigerung) und nur, wo auch dieses nicht vertragen wird, zu den weit weniger wirksamen Packungen geschritten werden. Gegen die Anwendung kohlensaurer Bäder haben sich neuerdings gewichtige Stimmen erhoben. Es ist zweifellos, daß auch hier eine kritiklose Anwendung mehr geschadet als genützt hat. Ganz verwerfen möchte ich sie deshalb aber doch nicht. Nach meiner Erfahrung sind die kohlensaurer Bäder — künstliche oder natürliche — dann am Platze, wenn das einfache Bad nichts oder nicht genügend genützt, aber auch bei längerer Dauer und häufiger Anwendung nichts geschadet hat und immer gut vertragen wurde. Daß sie auch dann noch, wenigstens zu Anfang, mit allergrößter Vorsicht angewandt werden müssen, ist selbstverständlich. Sehr gute Dienste hat mir die Anwendung verschieden temperierter Luftströme geleistet. Ich richte den Luftstrahl gegen die Herzspitze, beginne mit kühler Luft (etwa eine Minute lang), lasse dann ebenso lange warme Luft folgen, darauf wieder kühle Luft und so abwechselnd weiter, im ganzen etwa anfangs sechs, später zehn Minuten. Hierbei soll die Temperatur der warmen Luft jedesmal eine Steigerung erfahren, während die der kühlen (nicht kalten!) Luft naturgemäß sich im wesentlichen gleich bleibt. Die Luftstromquelle muß zu Beginn der Behandlung mindestens

$\frac{1}{2}$ m von der Körperoberfläche entfernt gehalten werden und kann dann allmählich bei jeder Sitzung, später auch im Verlauf derselben, näher herangeführt werden. Mit diesen verhältnismäßig einfachen Mitteln: Bädern und temperierter Luft, ist es mir gelungen, viele mittelschwere und schwere Fälle reiner Herzneurose zu heilen oder doch einer dauernden Besserung zuzuführen. Geduld und Ausdauer gehören allerdings dazu, wie auch die psychische Behandlung hierbei ein ungemein wichtiger Faktor ist. Natürlich muß auch die Diät entsprechend geregelt — vor allem ist Kaffeegenuß unbedingt zu verbieten — und jede Schädlichkeit tunlichst hintangehalten werden. Nur wenn die Herzneurose Begleiterscheinung oder Symptom einer anderen Erkrankung ist, treten die dafür jeweils einzuschlagenden Maßnahmen in ihre Rechte. Da diese jedoch auf die reinen Herzneurosen schädigend einwirken können, ist eine sorgfältige Prüfung und genaue Diagnosenstellung unbedingt erforderlich.“

(Therapeutische Monatshefte, Juli 1912.)

Schädelimpression des Neugeborenen.

Meine Behandlung der Schädelimpression des Neugeborenen. Von A. Hoffmann (Goldberg). H.'s erster Fall betraf ein Kind, das bei der Zangenextraktion des Kopfes eine tiefe Impression des Stirnbeins erlitten hatte, welche zum Teil über der unbehaarten Haut sichtbar war und außerordentlich das Kind entstellte. H. massierte die Umgebung der Impression, diese selbst, zog mit einer Hand kräftig an einem über der Mitte der Impression zusammengedrehten Haarbündel der reich behaarten Kopfhaut, während die andere Hand neben den Rändern der Impression kräftig in die Tiefe drückte; es schien die Einsenkung dadurch etwas seichter geworden zu sein; jetzt drückte H. mit beiden Händen, und mit einem Ruck sprang der eingedrückte Knochen wie ein eingebogenes Kartenblatt in seine normale Lage. Es folgte keine größere Schwellung nach, das Kind hörte schnell auf zu weinen und entwickelte sich ungestört; es ist heute ein elf Jahre altes gesundes Kind ohne jede Spur der bestandenen Verletzung. In den folgenden Fällen ist H. dreister vorgegangen. Massierend drückt er kräftig den Schädelknochen neben den beiden Kanten der imprimierten Stelle mit beiden Händen in die Tiefe, beide Daumen liegen dabei auf einer Seite, Zeigefinger und Mittelfinger beider Hände auf der anderen Seite der Impression, die Finger liegen anfänglich in beträchtlicher Entfernung von der Impressionsstelle, drücken nach einer Stelle, die ungefähr im Zentrum der Schädelkapsel senkrecht unter der tiefsten Stelle der Impression liegt, und suchen dann in der Tiefe sich zu nähern. Der eingedrückte Knochen wird so von der Tiefe aus durch Druck gehoben, springt oft mit einem Ruck in seine normale Lage, oft aber erfolgt die Abflachung anfänglich allmählich, um dann bei Druck von einer anderen Richtung aus, zuletzt meist plötzlich, die normale Lage einzunehmen. Die Einrichtung ist meist in

wenigen Stunden zu erreichen, in wenigen Fällen brauchte H. einige Minuten, einen Mißerfolg hat er nicht gehabt. Die Einrichtung ist eine vollkommene. Spuren der Verletzung bleiben nie zurück. Der Druck während der Reposition kann manchmal soweit gesteigert werden müssen, daß das Kind zu schreien und zu atmen aufhört, aber nur während der kurzen Zeit des Druckes. Nach Nachlassen desselben verhält es sich sofort wie jedes gesunde Kind. Gesundheitsstörungen sind nie zur Beobachtung gekommen. (Mediz. Klinik 1911 Nr. 46.)

Schreibkrampf.

Zur Behandlung des Schreibkrampfes. Von Medizinalrat Dr. Franz C. R. Eschle, Sinsheim a. E. „Von dem sicher richtigen Gesichtspunkte³ aus, daß eine rationelle Therapie des Schreibkrampfes in der Beseitigung seiner Ursachen, d. h. der zu dem Leiden führenden Ueberanstrengung, also neben der Beschränkung der Schreibarbeit in der Entlastung der durch unzweckmäßige Schreibmaterialien, unzureichende Unterstützung der Hand und vor allem durch falsche Federstellung unnatürlich in Anspruch genommenen Muskulatur begründet sein müsse, ist man — abgesehen von den bekanntermaßen oft, aber nicht immer erfolgreichen Maßnahmen zu direkter tonischer Beeinflussung der habituell dem „Krampf“ unterliegenden Partien durch Gymnastik, Massage, den faradischen oder galvanischen Strom — auf die Konstruktion von mechanischen Vorrichtungen ausgegangen, die zunächst einmal das Schreiben erleichtern sollten. Die daran geknüpften Hoffnungen, damit auch das dauernde Ausbleiben der ebenso störenden wie schmerzhaften Muskelkontraktionen zu erreichen, haben sich aber nur in den seltensten — ganz leichten — Fällen erfüllt, wohl weil alle bisher bekannten Systeme an dem Mißstande leiden, daß die Sinne der Erfinder in traditioneller Weise von dem Wortfetisch „Federhalter“ befangen blieben und die Konstruktionen auch weiter die ganz bestimmten und in ihrer Zahl recht beschränkten, antagonistisch wirkenden Muskelgruppen beanspruchen, die seitens der Patienten mit einer zu großen Quote von Energie beschickt wurden, also bei jedem Versuche, sie in Gang zu setzen, der „perversen Innervation“ im Sinne A. Rosenbach's unterlagen. Der Fall eines Lehrers nun, der seit mehreren Monaten, und zwar so intensiv an Schreibkrampf litt, daß er schließlich nur notdürftig, ganz kurze Zeit und unter gleichzeitiger Zuhilfenahme der linken Hand die Feder mit den revoltierenden Muskeln der Rechten zu fixieren vermochte, gibt Verfasser Veranlassung, hier eine neue Hilfsvorrichtung den Berufsgenossen zur Nachprüfung in geeigneten Fällen dringend zu empfehlen, obwohl er selbst ihren Nutzen bisher nur an dem in Rede stehenden Kranken zu erproben Gelegenheit hatte. Tatsächlich führte sie wie mit einem Schlage einen erfreulichen Wandel der fatalen Situation herbei und offenbar allein auf Grund des Prinzips, daß sie nicht in der Weise der üblichen Feder-

halter (und zwar in den pathologischen Fällen „krampfhaft“) in der Hand gehalten wird, sondern vermittelt eines über die Hand greifenden Bügels gewissermaßen an dieser hängt. Damit ist deren natürlicher Schluß über einem etwa 4 cm im Durchmesser haltenden, auf den ersten Blick etwas unförmlich erscheinenden, aber den Konturen unseres Greiforgans wohl angepaßten Federträgers von Kork ermöglicht und damit auch der krampfhaften Kontraktion der pervers agierenden Muskelgruppen vorgebeugt. Schon am dritten Tage der Benutzung der Vorrichtung konnte ich mich überzeugen, daß der Patient nicht nur recht ausgedehnte Korrespondenzen neben seinen Berufsarbeiten zu erledigen imstande war, sondern daß auch seine Handschrift wieder wesentliche Fortschritte nach der früher maßgebenden Norm hin gemacht und vor allem den ausfahrenden und zittrigen Charakter der Krankheitsperiode verloren hatte. Mit dieser Mitteilung glaubte ich nicht zurückhalten zu dürfen, nicht nur weil viele Kollegen gewiß gleich mir mit einer gewissen Resignation bisher an die Behandlung dieser Koordinationsstörung namentlich bei Patienten herangetreten sind, die ihre Berufstätigkeit nicht ohne weiteres auf längere Zeit unterbrechen konnten, sondern weil die wenig kostspielige Vorrichtung¹⁾ auch bei Steifigkeit oder Verlust einzelner Finger sicher mit Erfolg zum Schreiben benutzt werden kann.“

(Aerztliche Rundschau 1911 Nr. 52.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Ueber die Herabsetzung des Geburtsschmerzes. Von Dr. Oskar Jaeger, Frauenarzt in Leipzig. Als erstes hebt Verfasser hervor, daß Pantopon allein, d. h. ohne Skopolamin, nicht imstande ist, mit genügender Sicherheit und Gleichmäßigkeit den Wehenschmerz so zu vermindern, daß die betreffenden Kreißenden eine hinreichende Erleichterung davon hätten. Nur in $\frac{2}{3}$ der Fälle, die mit Pantopon allein behandelt wurden, blieb der Erfolg nicht aus. In $\frac{1}{3}$ der Fälle dagegen konnte von einer Schmerzlinderung entweder überhaupt nicht gesprochen werden, oder sie war so gering, daß sie praktisch als ungenügend bezeichnet werden mußte. Die subkutan injizierte Pantoponmenge betrug dabei 0,02 bis 0,03 g. Größere Pantopondosen muß Verfasser als zu gefährlich für das Kind ablehnen. In fünf Fällen nämlich erhielt die Mutter im ganzen 0,04 bis 0,05 g Pantopon im Laufe der Geburt injiziert. Zweimal mußte wegen Sinkens der kindlichen Herztöne unter 100 Schläge in der Minute die Zange angelegt werden. In einem dritten Fall wurde das Kind zwar spontan geboren, kam aber so tief asphyktisch zur Welt, daß es nur mit Mühe und Not wiederbelebt werden konnte. Hieraus geht hervor, daß Pantopon in größeren Mengen genau so, wie alle anderen Opiumpräparate,

¹⁾ Dieses übrigens auch als „Schreibkrampf-Federhalter“ patentierte Schreibwerkzeug wird zum Preise von Mk. 5.— von der Mega-Patent-G. m. b. H. in Heidelberg-Handschuhsheim vertrieben.

auf den Foetus ungünstig einwirkt, und es sind daher Dosen bis höchstens 0,03 g zulässig. Die Methodik, die sich Verfasser als die rationellste erwiesen hat, besteht in einer Kombination von Pantopon mit kleinen Skopolaminmengen. Sind bei einer Kreißenden die Wehen kräftig und regelmäßig geworden und ist ein gewisser, später noch genauer zu bezeichnender Geburtsfortschritt festzustellen, so erhält die Kreißende 0,02 Pantopon und 0,0003 Skopolamin. hydrobromicum gleichzeitig subkutan injiziert. Als Injektionsstelle sind die Infraklavikulargruben zu wählen, da von hier aus die Resorption der Medikamente sehr rasch erfolgt. Die schmerzstillende Wirkung tritt gewöhnlich nach $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Stunde ein und hält etwa drei bis fünf Stunden, nicht selten auch noch länger an. Ist die Wirkung nach der ersten Injektion ungenügend, so wird sie nach einer Stunde wiederholt, und zwar wird diesmal 0,01 Pantopon und 0,00015 Skopolamin, also nur die Hälfte der ersten Dosis injiziert. Bleibt die Wirkung auch jetzt noch ungenügend, so muß der Fall als Versager betrachtet werden; eine weitere Injektion von Pantopon oder Skopolamin hat auf jeden Fall zu unterbleiben, will man nicht Schädigungen der Mutter und vor allem des Kindes erleben. War die erste Injektion — wie gewöhnlich — wirksam, so wird abgewartet und erst bei wiederzunehmender Schmerzhaftigkeit der Wehen, also nach etwa drei bis fünf Stunden, die zweite Injektion vorgenommen (0,01 Pantopon und 0,00015 Skopolamin). Bedeutungsvoll für den Erfolg ist es, den richtigen Zeitpunkt für die erste Einspritzung zu wählen. Wird zu spät injiziert, so kann man nicht mehr erwarten, daß noch eine hinreichende Linderung der Wehenschmerzen eintritt. Diese Kreißenden verhalten sich dann genau so, als ob sie überhaupt keine Pantopon-Skopolamininjektion erhalten hätten. Werden dagegen die Injektionen zu früh vorgenommen, so reicht ihre Wirkungsdauer nicht für die ganze Geburt aus, und außerdem könnte man, wie Verfasser es selbst einige Male sah, die noch relativ wenig kräftige Wehentätigkeit unter Umständen ungünstig beeinflussen. Daraus ergibt sich auch, daß bei schlechter Wehentätigkeit überhaupt am besten von einer Pantopon - Skopolamininjektion Abstand genommen wird. Die Erfahrung hat nun gelehrt, daß bei Erstgebärenden mit guten Wehen der Muttermund mindestens drei- bis fünfmarkstückgroß sein muß, bevor die erste Injektion vorgenommen wird; aber auch bei einer Erweiterung des Orificium externum uteri auf Handtellergröße kommt man in der Regel noch nicht zu spät. Verfasser hat wiederholt die erste Injektion noch im Beginn der Austreibungszeit vorgenommen und beim Durchschneiden des kindlichen Schädels, wenn der Geburtsschmerz sein Maximum sonst zu erreichen pflegt, gute Wirkung gesehen. Bei Mehrgebärenden muß die erste Injektion noch während der Eröffnungszeit geschehen, um vollen Erfolg zu erzielen, sonst wird man häufig zu spät kommen. Verfasser hat in diesen Fällen gewöhnlich injiziert, sobald kräftige Wehen in regel-

mäßigen Pausen auftraten, also meist bei drei- bis fünfmarkstückgroßem Muttermund. Nach dieser Methodik wurde eine ununterbrochene Serie von 108 Fällen behandelt und damit recht gute Erfolge erzielt. Jede andere Versuchstechnik erwies sich als weniger wirksam. Was die erzielten Resultate betrifft, so war in 93 Fällen (= 86,1%) die Wirkung durchaus befriedigend. Die Schmerzen ließen erheblich nach, oft wurden sie überhaupt nicht mehr als solche empfunden. In sechs Fällen war ebenfalls eine gute Wirkung vorhanden, doch traten wegen der Länge der Geburtsdauer in der Austreibungsperiode wieder heftige Schmerzen auf, sodaß von einem vollen Erfolg nicht gesprochen werden konnte. Neunmal versagte die Methode völlig. Ein Verfahren, das die Linderung des Geburtsschmerzes bezweckt, darf dem Praktiker nur dann empfohlen werden, wenn es für Mutter und Kind ungefährlich ist. Der Morphium-Skopolamin-dämmerschlaf ist, da er diese Forderung nicht erfüllt, für die Allgemeinpraxis ungeeignet. Vor allen Dingen darf die Wehentätigkeit nicht nennenswert ungünstig beeinflusst werden, um die Geburtsdauer nicht unnötig zu verlängern und Blutungen in der Nachgeburtsperiode zu vermeiden. Darin besteht nun ein großer Vorteil von Verfassers Pantopon-Skopolaminanwendung, daß, wie die aufmerksame Beobachtung der Wehentätigkeit lehrt, in der Regel von einer stärkeren Schädigung derselben keine Rede sein kann. Verfasser hebt ausdrücklich hervor, daß eine aufmerksame Beobachtung der Wehentätigkeit erforderlich ist, denn häufig scheint es, als ob nach den Injektionen die Wehendauer sich verkürze und dementsprechend die Wehenpausen länger würden, weil die Frauen in größeren Zwischenräumen nur noch kürzere Zeit als vorher bei jeder Wehe etwas stöhnen. Prüfen wir aber die Tätigkeit des kreißenden Uterus eigenhändig, so läßt sich unschwer erkennen, daß in Wirklichkeit die einzelne Wehe sich bereits ihrer Akme nähert, ehe sie überhaupt von der Kreißenden empfunden wird, und daß sie ihre Schmerzhaftigkeit schon verliert, noch bevor sie ihr Ende erreicht hat. Mit anderen Worten, die ungünstige Beeinflussung der Wehentätigkeit ist eben nur eine scheinbare. Verfasser hat diese Tatsache hundertfältig beobachten können. Nur ausnahmsweise tritt eine leichte Verzögerung der Wehen und eine geringe Herabsetzung ihrer Intensität und Dauer ein. Ganz selten erreicht diese Schädigung höhere Grade.

Es erübrigt sich nun noch, eventuelle ungünstige Nebenwirkungen dieses Verfahrens auf das neugeborene Kind zu besprechen. Unter jener Serie von 108 Fällen, die Verfasser nach einheitlichen Prinzipien mit Pantopon-Skopolamin behandelt hat, befanden sich drei Kinder, die im Zustand rasch vorübergehender Oligopnoe spontan geboren wurden. Fünfmal (= 4,6%) mußte aus fötaler Indikation (Sinken der kindlichen Herztöne unter 100 oder Steigen über 180) der Forceps angelegt werden. Von diesen fünf Kindern starb eines. In der kombinierten Pantopon-Skopolaminbehandlung haben wir also ein wirksames Mittel, den Geburts-

schmerz ganz erheblich zu vermindern. Werden dabei die Grenzen in der Dosierung nicht überschritten, so ist das Verfahren gefahrlos für Mutter und Kind und kann dem Praktiker durchaus empfohlen werden. Gewarnt sei aber ausdrücklich vor der Anwendung größerer Dosen als angegeben, da dann Schädigungen besonders des Kindes unausbleiblich sind, die nur dazu dienen, die an sich leistungsfähige Methode zu diskreditieren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 24.)

Chemisch-physiologische und klinische Studien über Systogen, ein synthetisches Sekale-Ersatzpräparat. Von Dr. Ernst He i m a n n (Aus dem Stuttgarter Wöchnerinnenheim). Die Aktiengesellschaft La Zyma hat versucht, ein synthetisches Präparat herzustellen, das auf Grund einer der besonders aktiven Substanzen das Mutterkorn ersetzen soll. Das Präparat, das chemisch ein Paraoxyphenyläthylamin ist, und bisher mit dem Laboratoriumnamen „Tokosin“ bezeichnet wurde, wird in der Praxis unter der gesetzlich geschützten Bezeichnung „Systogen“ eingeführt. Die Giftigkeit des Systogens ist gleich null, da sich selbst bei der Injektion von 1 dg keinerlei Vergiftungserscheinungen zeigten. Die Lösung ist 0,2%, so daß in 1 ccm 2 mg wirksame Substanz enthalten sind. Diese Menge entspricht physiologisch der Wirkung von 2 g Mutterkorn in frischem Zustand. Diese Konzentration der Lösung hat sich bei den klinischen Versuchen, die vorzügliche Resultate in jeder Hinsicht gezeitigt haben, als hinreichend bei subkutanen Injektionen von $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ bis 1 ccm subkutan und bei Gaben per os bis zu 3 ccm pro die erwiesen. Man gab bei spontanen Geburten in der Regel nach Ausstoßung der Plazenta $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ ccm subkutan, nach operativen Geburten $\frac{1}{2}$ ccm. In einzelnen Fällen, bei denen man besonders kräftige Uteruskontraktionen wünschte, erhöhte man die Dosis bis zu 1 ccm, eine Menge, die, wie schon bemerkt, 2 g Secale cornutum entspricht. Verfasser resümiert seine eigenen Erfahrungen wie folgt:

1. Bei unseren Versuchen hat sich gezeigt, daß das Systogen einen vollständigen Ersatz des Secale cornutum darstellt. Neben seiner völligen Ungiftigkeit, seiner sicheren Dosierung ist die therapeutische Wirkung eine sehr gute, in vielen Fällen direkt frappante zu nennen, ohne daß irgend welche Beschwerden nach der Injektion eintraten.

2. Die Rückbildung des Uterus geschieht energischer und in kürzerer Zeit, ohne bei den Patientinnen unangenehme Erscheinungen (zu starke Nachwehen) hervorzurufen.

3. Gleich gute Erfolge erzielten wir im Wochenbett bei Eihautretentionen. Auch bei längeren wiederholten Gaben traten keine schädlichen Nebenwirkungen auf.

4. Nach Abortausräumungen und Kürettements erreichten wir eine Dauerwirkung mit einer einzigen Injektion, ohne die sonst übliche Sekalebehandlung anzuschließen.

5. In der Ambulanz hat sich das Präparat wegen seiner Sicherheit und Ungefährlichkeit bewährt, zumal immer eine nur einmalige Dosis nötig ist. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 25.)

Liquor hydrastis Bayer, ein synthetisch hergestelltes Hydrastinin. Von Prof. Dr. Hermann Freund (Straßburg). Seit einem Jahre hat Verfasser ein von der Firma F. Bayer hergestelltes Styptikum klinisch geprüft. Das Mittel hat den Namen Liquor hydrastis Bayer bekommen und soll in Form von Dragees und Tropfen in den Handel gebracht werden. Beide Arten der Verabreichung habe ich erprobt. Wie die Firma mitteilt, dient als Ausgangsprodukt des Hydrastinins der bekannte Riechstoff des Heliotrops, das Heliotropin. Durch komplizierte reduzierende und kondensierende Prozesse ergab sich die Hydrastininbase, die mit Salzsäure in das Hydrastininchlorhydrat übergeführt wird. Der bittere Geschmack des Hydrastinins, dessen Alkaloidgehalt dem des Extract. fluid. hydrastis. canad. der Pharmakopöe gleichgestellt ist, ist gut korrigiert worden. Es kommt für den Liquor die gleiche Dosierung in Betracht wie für das Fluid-Extrakt. Auch die im Laboratorium der Firma ausgeführten pharmakologischen Untersuchungen ergaben eine völlige Uebereinstimmung des „natürlichen“ und des synthetisch hergestellten Hydrastinins. Mittelgroße Katzen vertrugen 0,1 g subkutan ohne Schaden; Dosen von 0,003—0,005 g intravenös injiziert erhöhten den Blutdruck beträchtlich. Der nichtgravide isolierte Katzenuterus reagiert bei kleinen Dosen mit Kontraktion und erhöhtem Tonus, bei großen mit Lähmung. Noch bei einer Konzentration von 1:100,000 konnte eine solche Reaktion des Uterus beobachtet werden. Verfasser hat nun in dem verflossenen Jahre allen Kranken, die für das Mittel in Betracht kamen, an Stelle des Hydrastinins der Pharmakopöe das Bayer'sche Präparat gegeben, und zwar den Liquor zu 15—20—30 Tropfen zwei- bis dreimal täglich, tage- und wochenlang, die Dragees (0,025 Hydrastinin) drei- bis viermal täglich. Verfasser kann nach ausreichenden Erfahrungen sein Urteil kurz dahin zusammenfassen: Der Liquor hydrastis Bayer unterscheidet sich hinsichtlich seiner styptischen und tonisierenden Wirkung in nichts von den bisherigen Hydrastininpräparaten. Er wird gern genommen und gut vertragen. Irgendwelche unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen wurden nicht bemerkt. Indikationen sind hauptsächlich Menorrhagien, Blutungen infolge von Endometritis mit und ohne Adnexentzündung, Atonie des Uterus nach Abortus und Puerperium und klimakterische Blutungen. (Therap. Monatshefte, Juni 1912.)

Zur Feststellung der Gravidität durch die Röntgenstrahlen. Von Prof. Dr. E. Grunmach (Berlin): Um Fehldiagnosen zu vermeiden, empfiehlt es sich, vor der Röntgenbehandlung der Uterustumoren diese zunächst erst der diagnostischen Untersuchung mittelst der X-Strahlen zu unter-

ziehen. Zur Begründung dieser Vorsichtsmaßregel diene die folgende kurze Mitteilung. Vom Dorfe kam eine 36jährige, abgesehen von drei Entbindungen vorher sonst gesunde, erst seit anderthalb Jahren an einer Genitalgeschwulst leidende Frau nach Berlin, um einen erfahrenen Gynäkologen zu konsultieren und sich von diesem behandeln zu lassen. Auf Grund genauer Untersuchung der Genitalorgane nach den alten Methoden wurde vom Gynäkologen die Diagnose auf Myom des Uterus gestellt und der Patientin ernstlich geraten, sich wegen der häufigen Blutungen aus der Geschwulst und auch wegen der übrigen Beschwerden sobald als möglich den Tumor exstirpieren zu lassen. Allein die Kranke fürchtete sich zunächst vor der Operation und nahm daher gern den Rat von anderer Seite an, sich das Myom im Universitätsinstitut durch Röntgenstrahlen behandeln zu lassen. Bei der Aufnahme im Institut machte die Patientin auf Befragen folgende Angaben: Sie sei abgesehen von drei Entbindungen bis vor anderthalb Jahren ganz gesund gewesen. Seit dieser Zeit leide sie jedoch an einer allmählich zunehmenden Geschwulst im Unterleibe, die erst seit den letzten neun Monaten mit häufigen Blutungen verbunden, dagegen in den ersten sechs Monaten ohne dieselben gewachsen sei. Diese auffällige Mitteilung bezüglich des vollständigen Ausbleibens der Blutungen während der ersten sechs Monate des Wachstums wiederholte die Patientin auf mehrmaliges Befragen so bestimmt, daß nunmehr die Diagnose auf Myom etwas zweifelhaft erschien und die diagnostische Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen von mir angeordnet wurde. Zu diesem Zwecke führte man unter den erforderlichen Kautelen und Anwendung eines Verstärkungsschirmes in Bauchlage der Patientin eine Momentaufnahme mittels der X-Strahlen aus. Als Ergebnis der Röntgenaufnahme bezüglich der zu exstirpierenden Geschwulst stellte sich nun heraus, daß es sich, wie schon vermutet, um eine Gravidität handelte. Aus dem Aktinogramm ließ sich nämlich deutlich ersehen, daß im Bereich des Tumors etwas rechts von der Mittellinie eine etwa fünf bis sechs Monate alte Frucht lag, daß der Kopf nach unten und vorn, der Rücken rechts und oben, das Becken links, sowie die unteren Extremitäten links unten sich befanden. Ueber dieses Ergebnis wurde natürlich der Kranken kein Aufschluß gegeben, sie wurde vielmehr in dem Glauben gelassen, als sei sie nur therapeutisch bestrahlt, ihr aber gleichzeitig dringend geraten sich so bald als möglich doch operieren zu lassen, da der Tumor für therapeutische Röntgenbestrahlungen zu hart sei.

Einige Tage darauf wurde von demselben Gynäkologen die Exstirpation des Tumors als Myom zugleich mit den Adnexen ausgeführt und zur Kontrolle die exstirpierte Geschwulst in derselben Lage wie vor der Operation mittelst X-Strahlen durch eine Momentaufnahme in unserem Institut untersucht. Dabei zeigte sich natürlich die Frucht in viel schärferem Bilde. Es handelte sich also hier um kein Myom, sondern um Gravidität, und zwar, wie die weitere Präparation des Tumors zeigte,

um eine Graviditas extrauterina tubaria. Aus dem Mitgeteilten dürfte sich überzeugend ergeben, daß die Röntgenstrahlen den alten, klinischen Untersuchungsmethoden zur Diagnostik gewisser Genitaltumoren zuweilen weit überlegen sind. (Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1912 Nr. 13.)

Struma.

Symptomatologie und Häufigkeit der intrathorakischen Struma. Von Dr. S. Kreuzfuchs (Röntgeninstitut der Wiener Allgem. Poliklinik). K. faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß der intrathorakische Kropf keineswegs eine seltene Erkrankung darstellt, daß aber seine Diagnose ohne Heranziehung der Röntgenstrahlen zuweilen auf erhebliche Schwierigkeiten stößt. Die wichtigsten Symptome des intrathorakischen Kropfes sind: Atemnot, Herzklopfen, Schluckbeschwerden, Husten, Heiserkeit, Stridor, Rötung und Gedunsenheit des Gesichtes, Zyanose der Lippen, Venenerweiterung am Halse und an der vorderen oberen Brustpartie, Dämpfung über dem Manubrium sterni und Tiefstand des Kehlkopfes. Alle diese Symptome sind besonders dann zugunsten einer intrathorakischen Struma zu verwerten, wenn weder der Befund an Herz und Lungen, noch die eventuell gleichzeitig vorhandene Halsstruma mit der Vielseitigkeit und dem Grade der Beschwerden recht in Einklang zu bringen sind. Es gibt auch beschwerdefreie Brustkröpfe, die bei der Durchleuchtung zufällig aufgedeckt werden, die aber nicht bedeutungslos sind, da sie die Träger derselben zu Erkrankungen der Respirations- und Zirkulationsorgane prädisponieren.

(Münch. med. Wochenschrift 1911 Nr. 1.)

Jod und Thyreoidin als Ursache der Basedow'schen Krankheit bei Kropfbehandlung. Von Dr. A. Pulawski (Kindlein - Jesu - Spital in Warschau). „Die drei beschriebenen Fälle zeigen, daß man bei Kropfbehandlung mit Anwendung von Jod und Thyreoidin sehr vorsichtig sein muß. Man darf diese Mittel nicht ohne ärztliche Kontrolle anwenden. In vielen Fällen ist es rationeller, eine Operation zu raten, als die Patienten unsicheren, häufig gefährlichen Versuchen auszusetzen, desto mehr, als wir nie voraussagen können, wann Jod oder Thyreoidin dem Patienten schaden können. Die durch diese Mittel hervorgerufene Basedowkrankheit ist nicht immer leicht geheilt, auch nachdem die Mittel abgesetzt sind. Außerdem beweisen die Beobachtungen von Goldflam und Krehl, daß Jod und verschiedene Jodpräparate (z. B. Jodipin, Sajodin) die Basedowkrankheit bei Individuen, die keine nachweisbaren Veränderungen der Schilddrüse zeigen, hervorrufen können. Dieselben Folgen hat aller Wahrscheinlichkeit nach die Anwendung von Thyreoidin.“

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 30.)

Syphilis.

Zur Kasuistik der Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan. Von Prof. Dr. A. Wolff und Privatdozent Dr. P. Mulzer (Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten Straßburg). Zahlreiche unangenehme Nebenwirkungen und ein Fall schwerer Intoxikation, den sie beobachtet haben, bestimmen die Verfasser, den praktischen Arzt vor Neosalvarsan zu warnen. Sie sagen: „Einen besonderen Kommentar zu dieser Krankengeschichte, sowie zu den anderen Nebenwirkungen brauchen wir wohl nicht zu geben. Nur bezüglich der Dosierung möchten wir noch darauf hinweisen, daß wir, nachdem 0,7 von der Patientin ohne die geringste Störung vertragen worden war, nach viertägigem Intervall sofort 1,2 g und nach weiteren vier Tagen 1,4 g gegeben haben, auch hauptsächlich deshalb, weil die Genitalpapeln bis dahin überhaupt nicht auf die Behandlung reagiert haben. Im ganzen haben wir also nur 3,3 g Neosalvarsan innerhalb von acht Tagen gegeben. Diese schweren toxischen Nebenwirkungen, die dem Neosalvarsan nach unseren im Vorstehenden niedergelegten Erfahrungen auch nach verhältnismäßig kleinen Dosen in weit höherem Maße anhaften als dem Salvarsan, haben uns in Verbindung mit der Tatsache, daß dieses Präparat selbst bei hohen Dosen auch viel weniger spezifisch wirksam ist als das Salvarsan, dazu veranlaßt, von einer weiteren Verwendung dieses Präparates in unserer Klinik Abstand zu nehmen. Ehrlich versandte am 18. Juni 1912 ein Rundschreiben, in dem er über ähnliche Beobachtungen berichtet, die ebenfalls nach Verwendung von nur 3,0 Neosalvarsan von anderer Seite gemacht wurden. Er fordert, nicht zu hohe Dosen Neosalvarsan zu verabreichen, sondern rät, von den ursprünglich empfohlenen und als unschädlich angenommen hohen Dosen abzugehen, zwischen den Anfangsdosen drei bis vier Tage Pause einzuschalten und die Gesamtdose einer Kur nicht über 5–6 g zu erhöhen. Die außerordentlich schwere Neosalvarsanvergiftung, die wir selbst nach Verwendung von nur 3,3 g erlebten, läßt uns aber diese Gesamtdosis als zu hoch erachten. Energisch aber müssen wir, eben auf Grund dieser unserer schlimmen klinischen Erfahrungen, einem Ausspruch von T o u t o n entgegentreten, „daß das neue Präparat so recht ein Mittel für die ganz ambulante, vom Krankenhaus oder Sanatorium unabhängige Privatpraxis sei“. Vor einer derartigen ambulanten, die ständige Kontrolle des Arztes entbehrenden Verwendung können wir, wenigstens bei der von Ehrlich vorgeschlagenen Dosis im Interesse der Patienten und auch der behandelnden Aerzte nicht dringend genug warnen!

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Erfahrungen mit Neosalvarsan. Von Dr. K. Kall (Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Würzburg). Etwas bessere Erfahrungen, aber doch auch eine Verurteilung des Neosalvarsans. „Nach unseren bisherigen Erfahrungen können wir also sagen, daß das Neosalvarsan, das

Ergebnis der unermüdlichen Bestrebungen Ehrlich's, das so glänzend wirkende Salvarsan noch zu verbessern, einen großen Vorzug vor dem Salvarsan besitzt, indem es wesentlich leichter und einfacher sich lösen läßt. Zweifellos treten auch Magendarmstörungen und manche andere Nebenerscheinungen seltener oder erst bei höheren Dosen auf. Demgegenüber stehen aber auch gewisse Nachteile. Das Präparat zersetzt sich so schnell, daß vor der intramuskulären Injektion, für die es sich nach Schreiber besser eignen soll, als das alte Präparat, jetzt auch von Ehrlich gewarnt wird. Unsere Beobachtungen haben dafür wenigstens keine Vorzüge ergeben. Die Anwendung in kurz aufeinanderfolgenden Infusionen, für die Schreiber und andere das Präparat ganz besonders empfohlen hatten, hat bei uns wie in Breslau zu so häufigen und nicht immer unbedenklichen Nebenerscheinungen geführt, daß wir diese Art der Anwendung dem Praktiker nicht empfehlen können.“

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Was nützt die Wassermann'sche Blutprobe in diagnostisch zweifelhaften Fällen dem praktischen Arzte? Von Ludwig Roemheld (Aus dem Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten Schloß Hornegg a. N.). Ueberblickt man die hier mitgeteilten Beobachtungen, so wird man in dem Glauben an die diagnostische Sicherheit der Wassermann'schen Blutprobe erschüttert. Die Untersuchungen in zwei Instituten, in denen nach der Originalmethode Wassermann's von sachkundiger Seite einwandfrei gearbeitet wird, ergeben, ohne daß interkurrente Störungen zur Erklärung herangezogen werden können, nicht nur bei zeitlich hintereinander entnommenen Blutproben, sondern bei derselben Blutprobe diametral entgegengesetzte Resultate, die auf wiederholte Anfragen nochmals als einwandfrei bestätigt wurden. Wie soll sich der Praktiker mit dieser Tatsache abfinden? Jedenfalls ergibt sich, daß ein negativer Ausfall der Wassermann'schen Probe nichts beweist, und daß es bedenklich ist, auf einen einzigen negativen Wassermann das therapeutische Handeln zu gründen, Ehekonsens zu erteilen etc. Wer das tut, wird sicherlich häufig Unterlassungssünden begehen, die sich schwer rächen können. Aber auch für den positiven Ausfall der Reaktion sollte möglichst durch Untersuchung an mehreren einwandfreien Instituten der Beweis erbracht werden. Differieren die Resultate, so verdient der positive Ausfall mehr Berücksichtigung, als der negative. Man wird aber doch wiederholt an verschiedenen Orten die Untersuchungen anstellen lassen müssen. Daß einer so gründlichen mehrfachen Untersuchung oft die Ungeduld des Patienten und die Höhe des Honorars für die Untersuchungen hinderlich im Wege stehen, wird jeder Praktiker zugeben. Verfasser möchte nach alledem davor warnen, allein auf den Ausfall der Wassermann'schen Reaktion eine Diagnose zu gründen, oder eine Diagnose abzulehnen, wie es jetzt vielfach geschieht bei Aerzten

und leider auch schon beim Publikum. Die Wassermann'sche Probe ist ein wertvolles Unterstützungsmittel und ein Glied in der Kette der Symptome, auf die sich unsere Diagnose und unser therapeutisches Handeln aufbauen muß, nicht mehr und nicht weniger.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Tendovaginitis.

Zur Behandlung der Tendovaginitis crepitans mit Fibrolysin. Von Dr. E. G. Oser (Wien) (Aus der I. Chirurgischen Klinik in Wien). Im Ambulatorium der v. Eiselsberg'schen Klinik wurde die Tendovaginitis crepitans, wie auch sonst allgemein üblich, mittels lokaler Applikation von Jodtinktur und Ruhestellung der in Mitleidenschaft gezogenen Muskelgruppen, durch eine Gradlbinde behandelt. Die durch diese Therapie erzielte Heilung nahm durchschnittlich zwei bis drei Wochen in Anspruch. Eine über drei Wochen dauernde, krepitierende Sehnenscheidenentzündung, die trotz der oben erwähnten Behandlung die ganze Zeit hindurch schmerzhaft blieb und keinerlei Tendenz zur Besserung zeigte, brachte Autor auf den Gedanken, einen Versuch mit Fibrolysin anzustellen. Es handelte sich um eine 18jährige Patientin, eine Kunstblumenmacherin, bei der die Strecker der rechten Hand affiziert waren. Nach vorheriger Desinfektion mit Jodtinktur wurden 2,3 ccm der 15%igen Fibrolysinlösung, welche 0,2 reines Thiosinamin enthält, intramuskulär, zentral von den affizierten Sehnen, injiziert. Schon am nächsten Tage zeigte sich im Zustande der Patientin eine deutliche Besserung: Schmerz und Krepitation, die am Vortage bestanden, waren vollständig geschwunden. Auch die folgenden Tage bewiesen, daß es sich um keine vorübergehende Besserung, sondern um eine Dauerheilung handelte. Vorsichtshalber wurde noch durch drei Tage die Ruhestellung der erkrankten Partien durch Gradlbinde bewerkstelligt und die Patientin acht Tage lang in Observation gehalten. Dieser eine gute Erfolg veranlaßte Autor, auch die übrigen Sehnenscheidenentzündungen — gleichviel ob sie längere oder kürzere Zeit bestanden — mit Fibrolysin zu behandeln. Im ganzen wurden 20 Fälle dieser Therapie zugeführt und kamen sämtlich durch eine einmalige, intramuskuläre Injektion binnen drei bis vier Tagen zur Heilung. Wurde die Tendovaginitis mit Jodtinktur und Gradlbinde behandelt, so verschwand die Krepitation erst nach sechs bis zehn Tagen, der Schmerz und die Schwellung klangen in 8 bis 14 Tagen ab, die Dauer der Erkrankung bis zur vollständigen Arbeitsfähigkeit betrug durchschnittlich zwei bis drei Wochen. Was die Injektion selbst betrifft, so ist sie ein bis zwei Stunden nach Applikation recht schmerzhaft, auch wenn die Flüssigkeit durch Erwärmen auf Körpertemperatur gebracht wird. Intoxikationen durch Thiosinamin sind in der Literatur beschrieben worden, doch kamen solche nur nach 15 bis 20 Injektionen zur Beobachtung. Die geringe Dosis von 0,2 verursachte niemals die geringsten

Beschwerden. Nach einmaliger Injektion so geringer Menge kamen auch nie Temperatursteigerungen vor. Strong berichtete, daß nach der Thiosinamininjektion der Atem der Patienten nach Knoblauch roch und daß von den Patienten durch mehrere Stunden hindurch ein bitterer Geschmack verspürt wurde. Diese unangenehmen Nebenerscheinungen kamen in obigen Fällen nicht zur Beobachtung, und die Patienten konnten in ein Siebentel der durch andere Therapien beanspruchten Zeit arbeitsfähig entlassen werden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1911 Nr. 44.)

Zur Frage der stenosierenden Tendovaginitis am Processus styloideus radii (De Quervain). Von Dr. H. Flörcken (Aus dem Landeshospital Paderborn). Folgende zwei von mir zum Teil vor De Quervain's Publikation beobachteten Fälle mögen zur Erweiterung der Kasuistik der oben genannten Affektion dienen, die wohl vielfach nicht richtig erkannt wird, deren Kenntnis aber für den praktischen Arzt von großer Wichtigkeit ist. 1. 30jähriges Fräulein v. E. Seit ca. Jahresfrist Schmerzen an der Radialseite des Handgelenkes, die besonders bei Streckbewegungen des Daumens auftreten und nach dem Daumen ausstrahlen. Für dieses unangenehme Leiden weiß Patientin keinen Grund anzugeben, als daß sie viel Rad fährt und dabei sich besonders mit der rechten Hand auf den Griff der Lenkstange aufstützt. Patientin wurde von verschiedenen Seiten mit Heißluft, Jodtinkturpinselungen, Schienenverbänden behandelt, ohne jeden Dauererfolg. Befund: Aeußerlich kein Unterschied zwischen rechter und linker Handgelenksgegend. Die Stelle des Proc. styloideus radii ist rechts auffallend druckempfindlich und geringgradig verdickt, desgleichen wird Schmerz bei Streckung des Daumens geäußert, diese ist etwas erschwert. Die auffallende Schmerzäußerung bei Bewegungen des Daumens legte mir den Gedanken an einen entzündlichen Prozeß der Sehnenscheide des Ext. poll. brev. und Abd. poll. long. nahe; um jedoch eine Knochenaffektion mit Sicherheit auszuschließen, Röntgenaufnahme beider Handgelenke mit dorsovolarer Strahlenrichtung. Aufnahme zeigt keinerlei Skelettabweichung von der Norm. Oktober 1911 Operation. Unter Novokainanästhesie Freilegung des Sehnenscheidenfaches für den Abd. poll. longus und Ext. poll. brevis; Eröffnung und breite Entfernung der ganzen dorsalen Partie. Naht, Schiene. Nach drei Wochen ist Patientin vollkommen heil, kann alle Hausarbeiten verrichten ohne jede Beschwerde. Die mikroskopische Untersuchung des Stückchen ergab eine geringe Verdickung, keinerlei entzündliche Veränderungen. — 2. 50jähriger Kaufmann. Seit ca. zwei Jahren Beschränkung der Streckung des linken Daumens; Streckversuche schmerzhaft, für das Leiden weiß Patient keinen Grund anzugeben. Status: Ausgesprochener Druckschmerz am Proc. styloideus radii, der Daumen kann nur unwesentlich gestreckt und abduziert werden. Urin ohne Besonderheiten.

Röntgenaufnahme vollkommen negativ. Heißluftbehandlung bringt keine Besserung. Operation: Freilegung der Sehnenscheide am Proc. styloideus radii und Exzision des dorsalen Teiles in Lokalanästhesie. Gleich nach der Operation hat der Patient das Gefühl, als könne der Daumen wieder besser bewegt werden. Nach drei Wochen unterscheidet sich die Beweglichkeit des linken Daumens durch nichts vom Normalen. Jeder Schmerz fehlt. — Beide Fälle sind ein weiterer Beleg für das von De Quervain aufgestellte Krankheitsbild. Die Aetiologie ist auch durch meine Fälle nicht geklärt. Im ersten Falle wird das Fassen der Lenkstange als auslösendes Moment beschuldigt; im zweiten Fall fehlt jeder Anhaltspunkt für die Entstehung. Symptomatologisch fand ich Druckschmerz am Proc. styloideus radii, Schmerz bei Streckung und Abduktion des Daumens und geringe Schwellung des betreffenden Sehnenscheidenfaches. Die Diagnose ist, speziell wenn man den Schmerz bei Extension und die Lokalisation des Druckschmerzes kennt, nicht schwer, immerhin kann man Prozesse, speziell Tuberkulose, im Radius durch einfache Palpation wohl nicht so kategorisch ausschließen, wie De Quervain meint. Ich habe in beiden Fällen zunächst an derartiges gedacht, bis mich das Röntgenbild aufklärte. Ueber die Natur der Erkrankung sagen meine beiden Fälle ebenso wenig, wie die De Quervain's. Auch ich hatte den Eindruck, daß das Sehnenscheidenfach zu eng erschien; das Fehlen entzündlicher Veränderungen im histologischen Bilde ist jedenfalls merkwürdig. Eine Vergesellschaftung mit habitueller Subluxation im Karpometakarpalgelenk, wie Burk beobachtete, weist keines unserer Röntgenogramme auf. Die konservative Behandlung mit Heißluft etc. ließ mich in beiden Fällen im Stich, die Exzision eines Teiles des Sehnenscheidenfaches brachte prompte Heilung. Der kleine Eingriff, entweder die offene Exzision oder die subkutane Durchschneidung (De Quervain), kann bei einigen anatomischen Kenntnissen leicht vom praktischen Arzt ausgeführt werden.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 25.)

Tuberkulose.

Zur Diätetik der Skrofulose. Von E. Moro. Die von dem Verfasser schon früher aufgestellte Anschauung, daß es sich bei der Skrofulose um eine Kombination von Tuberkulose und exsudativer Diathese handelt, wurde bestätigt durch die glänzenden Erfolge, die Czerny und nach ihm Heubner bei Skrofulose mit einer Diät erzielten, die sich erfahrungsgemäß ausschließlich gegen die exsudative Diathese richtet und die Tuberkulose unbeeinflusst läßt. Das Charakteristische der Diät war die Vermeidung von Milch und Eiern und die Bevorzugung von Gemüse und frischem Obst. Um seinen Studenten diese Einwirkung zu demonstrieren, ernährte der Verfasser einige skrofulöse Kinder mit abundanter Eierkost, in der Absicht, dadurch eine Verschlimmerung der Symptome zu erzielen. Das Resultat war frappierend: weder im Blüte-

stadium noch in der Abheilungsperiode der Skrofulose traten neue exsudative Symptome zutage. Manifeste Erscheinungen der exsudativen Diathese Skrofulöser heilten vollständig ab, allerdings nur dann, wenn sich mit der Milch-Eierkost eine Mast erzielen ließ. Die Erklärung für dieses eigenartige Resultat findet der Autor in folgendem: Die Tuberkulose wirkt im Organismus exsudativer Kinder als ständiger Reiz. Gelingt es, diesen Reiz zu beheben, so schwinden nicht nur die bestehenden Manifestationen, auch die starke Neigung zur Entzündung hört auf. — Die Diathese erlischt. Wege, die zu diesem Ziele führen, sind die Tuberkulinkur, sind Luft, Licht, Sonne, und ist schließlich die Mastkur. So erklärt sich ungezwungen die gute Wirkung der abundanten Milch-Eierkost auf die exsudative Diathese skrofulöser Kinder.

(Therap. Monatshefte, Juli 1912. —
Monatsschrift für Kinderheilkunde 1912 Nr. 11.)

Das klinische Gesamtbild der **endothorakalen Drüsen- und Lungenhilustuberkulose der Erwachsenen**. Von Philippi. Bei Erwachsenen handelt es sich meist nicht um reine Drüsenprozesse, sondern um eine mehr oder weniger ausgesprochene Erkrankung des angrenzenden Hilusgewebes, d. h. in Form peribronchitischer und auch infiltrativer Prozesse des umgebenden Lungengewebes, was der Verfasser aus seinen Röntgenaufnahmen folgern zu müssen glaubt. Unter den subjektiven Erscheinungen, die ein beginnender endothorakaler Drüsenprozeß hervorrufen kann, hebt Ph. hervor: Allgemeines Schwächegefühl, leichte geistige und körperliche Ermüdbarkeit, labile Stimmung, Schmerzen unter dem Brustbein oder den Schulterblättern, zeitweise sogar weit in den Arm ausstrahlend. Magenstörungen meist mit Superazidität, Neigung zu Herzklopfen und Gefühl unregelmäßiger Herztätigkeit; die sogenannte Kompressionserscheinung infolge der vergrößerten Drüsen konnte Ph. niemals beobachten. Alle diese Symptome können durch probatorische Tuberkulineinspritzungen verstärkt werden, besonders die Erscheinungen von seiten des Magens. Großen Wert legt Ph. bei der Feststellung dieser Erkrankungen auf die Ergebnisse der Perkussion, wobei hauptsächlich die abgestufte Perkussion von besonderem Wert ist. Die Hilusdämpfungen sind bei Gesunden nicht festzustellen, sie liegen weiter unten als die eigentlichen Spitzendämpfungen. Vorn (Mediastinaldrüsen) ist die Dämpfung in den zweiten und dritten Zwischenrippenräumen zu finden, auch finden sich wohl Schallverkürzungen über dem oberen Brustbein. Hinten (Hilusdrüsen) liegen die Dämpfungen etwa in der Höhe des dritten bis fünften Brustwirbels. Ueber diesen Partien läßt sich auch immer eine Resistenzvermehrung feststellen. Auch die mehrfach beschriebenen Schallverkürzungen auf den betreffenden Rückenwirbeldornfortsätzen konnte Ph. bestätigen. An den beschriebenen Stellen findet man auch die Einatmung verschärft und die Ausatmung verlängert bei wechselnden

bronchitischen Rasselgeräuschen. Stimmfremitus und -bronchophonie kommen verstärkt oder der erstere auch abgeschwächt vor. Am Herzen findet man Akzentuierung des zweiten Tones auf der der Erkrankung entsprechenden Seite. Die Temperatur ist labil, das Maximum meist unter 38°. Wichtige Aufschlüsse geben auch die Röntgenuntersuchungen, wobei wohl nicht immer die Hilustrangschatten so eindeutig sind, wie Ph. annimmt. Tuberkulinprobeeinspritzungen werden vom Verfasser bei diesen Erkrankungen nicht empfohlen.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. 21 H. 1. —
Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 29.)

Tuberkulose und Schwangerschaft. Von L. Cohn. Beobachtung von 58 Fällen innerhalb vier Jahren. Er kommt zu dem Schluß, daß in 53 von 58 Fällen die Tuberkulose durch die Schwangerschaft nicht in nennenswerter Weise beeinflusst ist. Auch einige schwerere Erkrankungen mit chronischem Verlauf wurden durch die Schwangerschaft nach keiner Richtung hin beeinträchtigt. Selbst mehrere rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften haben die Tuberkulose in keiner Weise zu verschlimmern vermocht. Mithin ist nach Ansicht des Verfassers die Zahl der Beobachtungen, bei denen man die sichere Ueberzeugung haben muß, daß eine ungünstige Beeinflussung der Tuberkulose durch die Schwangerschaft herbeigeführt wurde, keine so große, ein Resultat, mit welchem er sich in einem nicht unwesentlichen Gegensatz zu den Angaben vieler Autoren setzt. Einen ungünstigen Einfluß, wenn auch nicht direkt auf den Lungenbefund, so doch sicherlich auf den Ernährungszustand und das Allgemeinbefinden, übt längeres Stillen aus, weswegen der Verfasser davon abrät, tuberkulöse Frauen zum Stillen anzuhalten.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. 21 H. 1. —
Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 29.)

Zur Therapie der Peritonitis tuberculosa. Von M. Klotz (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Straßburg). Die bloße Punktion des Ergusses ist abzuraten. Sie ist nicht ungefährlich und in der Wirkung ganz unsicher, meint Stooß. Diese ablehnende Haltung veranlaßt K., seine Erfahrungen über die Punktionsbehandlung bei Peritonitis tuberculosa mitzuteilen. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf fünf Fälle von insgesamt elf. Mehrere dieser Kinder wurden wiederholt punktiert. Bei zwei Kindern genügte einmalige Punktion, um den Ascites definitiv zu beseitigen, bei zweien mußte zweimal, bei einem viermal punktiert werden. Die Punktion wurde stets in der Linea alba unter Narkose vorgenommen. Die Indikation zur Punktion ist für K. folgende. Gelingt es durch Regelung der Diät, durch Sonnenbestrahlungen und Bettruhe, durch salzarme Kost, durch Diuretica nicht, den Ascites zu verringern, oder zeigt sich Tendenz zur Zunahme

desselben, dann erscheint eine Punktion gestattet. Es wurde stets beim ersten Male die freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle maximal entleert und ein zirkulär umfassender, straffer Kompressionsverband angelegt. Rezidierte der Erguß, dann wurde erneut punktiert; in einem Falle, wie schon erwähnt, viermal. Es erschien unzweckmäßig, die Kinder allzulange und absolute Bettruhe einnehmen zu lassen. Trat bis zu 14 Tagen nach der Punktion keine erneute Flüssigkeitsansammlung auf, dann wurde erst eine Stunde, dann kontinuierlich längeres Aufsein gestattet. Daß durch dieses frühzeitige Aufstehenlassen die Disposition zu Rezidiven erhöht wird, ist unwahrscheinlich, wenn wir sehen, daß auch bei Bettruhe gegebenenfalls sich die Ergüsse wieder einstellen. In der einschlägigen Literatur wird freilich großes Gewicht auf Bettruhe, Vermeidung von Spiel, Spaziergehen usw. gelegt und die Gefahr einer Liberalität in dieser Hinsicht durch Beispiele von Rezidiven bzw. Verschlimmerungen belegt. Eine Verschlimmerung hat K. bei den Kindern nie gesehen. Wohl aber ein Wiederauftreten von Ascites, auch bei strenger Bettruhe. K. hat Kindern mit mäßigem Ascites, der bei Anwendung rationeller Ernährung, Freiluftliegekur und Sonnenbestrahlung nicht zurückging, versuchsweise freie Bewegung (möglichst unbekleidet) gestattet und zweierlei beobachtet: ein Zurückgehen und Verschwinden des Ascites oder eine Zunahme. In diesem letzteren Falle wurde dann Punktionsbehandlung eingeleitet. Schmierseifenkur und Laparotomie hat K. nicht angewendet. Doch sind K. einige Beobachtungen aus der Poliklinik bekannt, wo die Inunktion von Seife, verbunden mit Regelung der Diät, Sonnenbestrahlung und Liegekur zum Verschwinden des Ascites geführt hat. Daß die Rolle der Seife dabei eine sekundäre gewesen ist, ist wahrscheinlich; doch kann K. eine gegenteilige Auffassung nicht durch Gegenbeweise entkräften. Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen fünf bis neun Monaten. Fünf dieser Kinder sind jetzt, nach $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{4}$ Jahr, als klinisch völlig gesund zu bezeichnen. Eins hat noch ein abnorm großes Abdomen, aber ohne irgend welche Beschwerden oder auf Ascites hinweisende Erscheinungen. Es besucht regulär die Schule seit $\frac{3}{4}$ Jahren. Eine Coxa vara und dadurch bedingte pathologische Beckenstellung mit sehr starker Lordose verstärkt die abnorme Konfiguration des Abdomens noch. Bei allen fünf punktierten Kindern traten während ihres Aufenthaltes in der Klinik irgend welche erheblichere, dauernde Temperatursteigerungen nicht auf. Es handelte sich bis auf ein Mädchen mit sehr ausgedehnter Pleuritis exsudativa um komplikationslose Fälle. M a r f a n erwähnt die Pleuritis als besonders häufige Komplikation der Peritonitis tuberculosa. K. sah sie nur einmal unter 11, S c h m i d dagegen bei 14 von 41 Fällen. Mit Tuberkulin wurden zwei Peritonitiden behandelt, die eine mit, die andere ohne Erfolg. Letztere war sicher mit Hilustuberkulose vergesellschaftet, erstere dagegen nicht. Von den sonstigen Erfahrungen, die K. an seinem Material machen konnte, seien noch folgende

Punkte hervorgehoben. Nach Berggrün und anderen Autoren sollen acholische Stühle diagnostisch verwertbar sein. K. sah sie in keinem Falle von Ascites tuberculosus. Schmid erwähnt, daß er in 7 von 42 Fällen vergrößerte Inguinal- und „Halsdrüsen“ fand. Tastbare Inguinal-, Nacken- usw. Drüsen haben alle Fälle K.'s aufgewiesen. Aber häufig genug ließen sich diese Drüsenintumescenzen auch bei Kindern feststellen, die frei von jeder Tuberkulose waren. K. legt daher auf dieses Symptom keinen Wert. Die entzündliche Infiltration der Regio umbilicalis ist nicht selten. Schmid beobachtete sie bei 7%, K. einmal. Nach zweimaliger Vornahme der Punktion kam es zum Stillstand des entzündlichen Prozesses und völliger Restitutio ad integrum. Zum Schluß möchte K. noch über eine atypische Punktion berichten. Es handelte sich hier um ein außerordentlich kachektisches sechsjähriges Mädchen (Körpergewicht 16 kg!) mit schwerer Tuberkulose des linken Hüftgelenks, der Darmbeinschaukel und des Os sacrum, vergesellschaftet mit Darmtuberkulose und Amyloid. Da der starke Ascites zu hochgradiger Dyspnoe führte, machte K. in Lokalanästhesie eine Punktion. Die Punktionswunde der papierdünnen Bauchdecken schloß sich jedoch nicht, es bestand zehn Tage lang eine Fistel, durch die sich ununterbrochen Peritonealexsudat entleerte. Irgend welche bedrohlichen Folgen hatte aber weder der Eingriff, noch die fatale Fistel. Diese schloß sich nach ca. 14 Tagen spontan. Wenn K. also rekapitulieren soll, so gehen seine Erfahrungen dahin, daß er nicht nur keine schlechten Erfolge von der einfachen Punktionsbehandlung der Peritonitis tub. gesehen hat, sondern unzweifelhafte Besserungen. Das Material ist gewiß viel zu klein, um weitergehende Schlüsse als die obigen zu erlauben. Aber es muß berechtigt erscheinen, für einen therapeutischen Eingriff, der leicht von jedem Arzte ausgeführt werden kann, einzutreten, wenn von autoritativer Seite demselben Nutzlosigkeit und Gefährlichkeit nachgesagt wird.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 2.)

Vermischtes.

Das Ichthyolsapen. Von Dr. K. Koller Es decken sich die Applikationsarten für das Ichthyolsapen mit denen des Ichthyols in Alkohol-ätherlösungen, in Glyzerin- oder Wassermischungen oder in Fettsalbenform, indem man es je nach dem beabsichtigten Behandlungsplan entweder aufpinselt oder in Form getränkter Mull-Läppchen auflegt oder endlich energisch einreibt. Auch in Form von Globuli ad vaginam hat Verfasser die Anwendung vorzüglich gefunden. Die Dosierung für letzteres ist 0,5 Ichthyolsapen auf 2 g Butyr. Kakao. Verfasser hat das Ichthyolsapen mit ausgezeichnetem Erfolge in Anwendung gebracht, zunächst

bei allen Formen von Krankheiten, wo es darauf ankam, eine entzündungsbekämpfende Wirkung zu erhalten, wie bei Akneformen, bei Impfpustelentzündungen, bei Ekzemformen, bei Herpes zoster, bei Portioerosionen, bei Erysipel, bei Furunkulosis, bei Otitis externa und media, bei Parotitis, bei Phlebitis. Es ist hierbei als besonders günstig ins Auge fallend, daß die Beseitigung der entzündlichen Vorgänge ohne weiteres die Resorption folgen läßt, so bei Akne, bei Erysipel, bei Phlebitis. Vor dem Ichthyolalkohol hat das Ichthyolsapen den Vorzug, daß es sofort in die Haut einzieht, daß es nicht wie ein Firnis die Haut verklebt und daß es sich in warmem Seifenwasser sofort wieder abwaschen läßt. Vor den Ichthyolsalben hat es den Vorzug rascher Resorptionsfähigkeit und vereinfachter Applikation. Die schmerzlindernde Wirkung des Ichthyolsapens tritt in Erscheinung bei akuten und chronischen Rheumatosen und kann Verfasser die wechselweise Verwendung des 20% Salizylsapens mit 10% Ichthyolsapen hier sowohl wie auch bei echter Gicht, bei Neuralgien, bei Pleuritiden, Mastitiden nur befürworten.

(Aerztliche Rundschau 1912 Nr. 2.)

Eine Handgelenk-Bandage hat H. Rummel in Mittweida konstruiert. Diese Leder-Schutzbandage für das Handgelenk dient sowohl prophylaktischen als auch therapeutischen Zwecken. In ersterer Beziehung kann sie bei Arbeitern, welche viel mit schweren Gegenständen zu hantieren haben, zur Vermeidung von Ueberanstrengung der Handgelenke und damit zur Erhöhung der Arbeitskraft verwendet werden. In zweiter Hinsicht bietet sie dem Handgelenk bei Verletzungen, welche bei der Arbeit ja so häufig vorkommen (Verstauchungen, Quetschungen, Sehnenzerrungen) eine feste Stütze, vermindert die Schmerzen und gestattet, die Arbeit in kürzester Zeit wieder aufzunehmen resp. fortzusetzen. Die Handgelenk - Bandage besteht aus einem rechteckigen Stück weichen, biegsamen, doch festen und haltbaren Leders (Länge ca. 19,5 cm, Breite ca. 6,5 cm) und ist auf der Innenseite mit Stoff gefüttert. Das Wichtigste und Neue an dieser Bandage ist — gegenüber dem unzweckmäßigen Zusammenhalten durch Schnallen oder Druckknöpfe — die elastische Schnürung, durch welche sich der Lederring zwar fest um das Handgelenk legt, aber trotzdem nach der Spannung der Sehnen und Muskeln bis zu einem gewissen Grade nachgibt. Die Schnürung wird erzielt durch einen drehrunden elastischen Gummisenkel, der um zwei Querreihen von Knöpfösen in beliebiger Spannung herumgelegt wird. Die Bandage ist billig (kostet ca. 75 Pfennig) und wird dem Arbeitgeber sowohl wie dem Arbeiter, letzterem besonders auch auf ärztliche Verordnung hin, in der Nachbehandlung der obengenannten Verletzungen, von Wert sein und ihm Schutz und Beihilfe zur Heilung und Schonung bieten.

(Aerztliche Polytechnik 1912 Nr. 1.)

Eine Methode zur Heilung großer Hautdefekte an den Extremitäten. Von Dr. Franz Fischer in Düsseldorf. Zur Deckung großer Hautdefekte (nach schweren Verletzungen oder Verbrennungen) macht man heute am häufigsten und besten die Transplantation nach Thiersch. Leider kommt es aber öfters vor, daß die transplantierte Epidermis nicht anheilt und daß dann die Patienten eine zweite Ueberpflanzung nicht zugeben wollen. In einer derartig unangenehmen Lage versuchte Verfasser eine Methode, die ihm bei der Behandlung der Ulcera cruris varicosa häufig die besten Erfolge gebracht hatte. Sie gestaltet sich folgendermaßen: Zunächst gründliche Vorbereitung und Reinigung des Defektes durch feuchte desinfizierende Umschläge, genau wie es vor einer Transplantation nötig ist. Sodann Bestreuung der Fläche mit einem Adstringens wie Xeroform, Zinkoxyd, bei geringer Neigung zur Granulationsbildung mit Vioform oder Minium. Hierüber legt Verfasser dachziegelförmig 4 cm breite Pflasterstreifen fest auf, etwa 3—4 cm im Gesunden beginnend und in gleicher Entfernung auf der anderen Seite endend, nicht zirkulär, sondern schräg, damit das Pflaster dem Muskelzuge folgen kann. Sind die Ränder etwas verhärtet oder wenig zur Ueberhäutung neigend, so ätzt Verfasser sie mit dem Argentum- oder Cuprumstifte an und zieht beim Auflegen der Pflaster die Ränder nicht aneinander, sondern voneinander. Hierdurch erreicht er sowohl, daß die Ränder abgeflacht werden, als auch daß die neue Haut breit genug wird und keine Spannung verursacht, mithin auch nicht leicht einreißt; gleichzeitig vermeidet man Keloidbildung. Die Pflaster läßt Verfasser sich anfertigen, je nachdem eine Wirkung erzielt werden soll: reizlose Pflaster mit Zusatz von 10% Blei, Xeroform oder Vioform, wenn nötig mit Desinfizientien verbunden. Zur Vermeidung stärkerer Sekretstauung durchlöchert Verfasser die Pflaster. Nicht allzu große Sekretmengen sieht er ganz gern, da diese, falls sie nicht infiziert sind, nicht den Heilungsprozeß aufhalten, sondern vielmehr als gute Beigabe die harten Ränder erweichen. Zur Verhütung von Ekzemen durch scharfe Sekretmassen fettet er fingerbreit die nächste Umgebung des Defektes mit Zinksalbe ein. Ueber das Pflaster legt er als Abschluß einen allseitig gleichmäßig komprimierenden Zirkulärverband mit Cambricbinden, der zur Verhütung von Stauungen am distalen Ende der Extremität beginnen muß. Die Verbände bleiben zunächst probe-weise drei Tage liegen. Zeigt sich dann, daß sie gut vertragen werden, so erfolgt der Wechsel nur alle acht Tage bis 1½ Wochen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 9.)

Ovaradentriferrin in der gynäkologischen Praxis. Von Dr. H. Walther (Gießen). Das Indikationsgebiet für die Anwendung des Präparates ist von Prochownik bereits skizziert worden; Verfasser hat ungefähr nach den gleichen Grundsätzen das Präparat verwendet, und zwar in erster Linie bei den natürlichen postklimakterischen Beschwerden in der

Menopause, sodann bei antezipierter Klimax nach Radikaloperationen. Schließlich bei Fällen von Amenorrhoe und Dysmenorrhoe im jugendlichen Alter, sowie Menstruationsstörungen nach postpuerperalen Entzündungen sowohl des Beckenbindegewebes, als auch der Adnexe und des Perimetriums. Ueber die Art der Anwendung des Ovaradentriferrins ist dem, was Prochownik schon empfahl, nichts hinzuzufügen. Verfasser gab es hauptsächlich vor dem erwarteten Periodentermin, zwei, höchstens drei Tabletten am Tage, und zwar in 14tägigen bis dreiwöchigen Pausen, also mit Unterbrechung, damit nicht etwa eine Gewöhnung eintritt. Wenn er sich nach reiflicher Beobachtung der Fälle der Empfehlung Prochownik's anschließt, so tut er dies, weil er durch die objektive Untersuchung die Ueberzeugung gewonnen hat, daß das Mittel gut vertragen wurde, niemals geschadet hat und in einem durchaus nicht beschränkten Indikationsgebiet angewandt, jedenfalls versucht zu werden verdient. Natürlich ist es kein Allheilmittel für solche Fälle; bei so desolaten Fällen, wie solchen von dauernder Amenorrhoe und ähnlichen Zuständen beschränkt man sich bekanntlich nie auf ein Medikament allein, sondern sucht auch andere Maßnahmen auszunützen. Nach Verfassers Beobachtungen möchte er für die erwähnten Fälle von Ausfallserscheinungen bei natürlicher Klimax, wie besonders bei antezipierter Klimax nach Operationen, verspätetem Eintritt der Periode, Amenorrhoe bei noch nicht veralteten Exsudaten, besonders vorübergehender Amenorrhoe, Oligomenorrhoe und Dysmenorrhoe bei chronischen Para- und Perimetritiden, schließlich auch bei Chlorose und Menstruationsstörungen das Mittel dem Praktiker, der ja vielleicht häufiger noch als der Spezialist mit diesen Fällen zu tun hat, empfehlen. Vielleicht ist mancher Arzt, welchem nach wohlgelungener Operation (z. B. Radikaloperation) die Nachbehandlung überlassen wird, froh, wenn er bei den auftretenden Ausfallserscheinungen in dem Präparat ein Mittel entdeckt, welches bei der Bekämpfung dieser Symptome von Nutzen ist. Auch dürfte, wenn größere Reihen sicherer Erfolge anderweitig mitgeteilt werden, die Therapie der Chlorose durch diese neue Art Organotherapie an Bedeutung gewonnen haben.

(Münch. med. Wochenschrift 1911 Nr. 48.)

Bücherschau.

Sammlung klinischer Vorträge. Verlag von Joh. Amb. Barth, Leipzig. Von den in der letzten Zeit erschienenen Nummern seien hier einige genannt, die für den Praktiker besonderes Interesse haben. E. Holzbach hat „Die Beziehungen des Harnapparates zur Physiologie und Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane“ bearbeitet (Nr. 663/64. Preis M. 1.50), und der

Leser wird aus dieser Arbeit mannigfache Anregung erhalten. Er studiere auch Prof. A. Martin's: „Ueber die Zweckmäßigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft im Verlaufe der Lungentuberkulose“; ein Gebiet, das für die Praxis von größter Bedeutung ist, wird in diesem Hefte (Nr. 665. Preis M. —.75) kurz und klar besprochen. Sehr viel lernen kann man aus E. Schefold's Aufsatz: „Zur Begutachtung innerer Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Unfallfolgen.“ (Nr. 669 bis 672. Preis M. 3.—.) Verfasser bringt z. B. fast 200 Krankengeschichten, welche reiche klinische Erfahrungen widerspiegeln. Sie entstammen der Romberg'schen Klinik in Tübingen und zeigen, nach welchen Grundsätzen dort bei der Beurteilung und Begutachtung vorgegangen wird. Verwertet wurden hierbei 1339 Fälle. E. G.

Astrale Noveletten. Von Paul Scheerbart. Verlag von Georg Müller, München. 1912. Auf der gleichen einsamen Höhe wie mit seiner künstlerischen Ausdrucksform (die nichts anderes darstellt als vollendetste Beherrschung sämtlicher Kunstformen) steht Paul Scheerbart mit dem geistigen Gehalte seiner Werke, mit einer Weltanschauung, die als humoristisch - ironischer Pantheismus längst nicht ausreichend charakterisiert ist. Während Nietzsche und Ibsen die Größe des Individuums predigen, während die Sozialethiker die Bedeutung und das Recht der Masse proklamieren, lehrt der Dichter der „Seeschlange“ die Kleinheit und Nichtigkeit aller menschlichen Beziehungen dem gewaltigen kosmischen Leben und Erleben gegenüber. Stets. Auch in diesem seinem neuesten Werke, das den besonderen Stempel eines persönlichen Bekenntnisbuches trägt und die Hauptgedanken der Scheerbart'schen Philosophie in einer unerreicht fein geprägten Wortkunst niederlegt. Mit wunderbar abgeklärtem Humore, ohne allen bitteren Beigeschmack, nimmt der Dichter allerlei menschliche Torheiten aufs Korn und erweist ihre Schwächen in der ihm eigenen symbolischen Form. Knappe, trefflichste Charakteristiviertester Sprachkunst sind die größten Vorzüge dieses Werkes, dessen erschöpfender Würdigung eine eigene Abhandlung gebührt.

Franz Graetzer.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer** in **Friedenau - Berlin.**

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 2.

November 1912

Originalarbeit.

Die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie.

Sammelbericht von Oberstabsarzt a. D. Hermann Berger, Leiter der
„Medizinisch-literarischen Zentralstelle“ in Berlin-Friedenau.

Selten hat eine Entdeckung in so kurzer Zeit so vielseitige Anwendung und Beachtung erlangt, wie diejenige der Röntgenstrahlen, und der Kreis der Anwendungsreihen nicht nur in diagnostischer, sondern auch in therapeutischer Beziehung erweitert sich von Tag zu Tag. Unter den verschiedenen Anwendungsreihen zur Bekämpfung von Krankheiten bieten nun die Röntgenstrahlen gerade auf gynäkologischem Gebiete nach Aussage vieler Forscher die größte Aussicht auf Erfolg. So gibt es heute keine Universitäts-Frauenklinik in Deutschland mehr, die nicht mit einem Röntgen-Instrumentarium zu therapeutischen Zwecken versehen ist, und eine große Zahl von Gynäkologen sind bereits begeisterte Anhänger dieser neuen Therapie geworden. Sie hat aber auch in weiteren Kreisen der Aerzte eine große Anhängerschaft gewonnen und erfreut sich des lebhaftesten Interesses bis in die gebildeten Laienkreise hinein.

Während Albers - Schönberg 1903 als erster die Einwirkung von Röntgenstrahlen bei männlichen Kaninchen dahin erprobte, daß diese Tiere trotz körperlichen Wohlbefindens und trotz normalen Geschlechtstriebes und erhaltener Potentia coeundi die Fähigkeit verloren hatten, sich fortzupflanzen, war Halberstädter der erste, der 1905 über Veränderung der Ovarien nach Röntgenbestrahlung berichtete, und seine Untersuchungen und seine mikroskopischen Präparate sind auch heute grundlegend für die weitere Forschung. Das Ergebnis seiner Untersuchungen läßt

sich dahin zusammenfassen, daß schon makroskopisch nach Betrachtung einer Bauchseite unter exakter Abdeckung der anderen Seite der bestrahlte Eierstock gegen den unbestrahlten bis auf die Hälfte und noch mehr des korrespondierenden Organs sich verkleinert hatte; daß eine Verringerung der Graf'schen Follikel bis zu ihrem völligen Schwund als dellenförmige Einziehung an der Oberfläche sich bemerkbar machte. Die histologischen Befunde gingen damit völlig überein, auch die Primordial-Follikel und die Ureier waren spärlicher vorhanden als im unverletzten Organ, zeigten degenerative Veränderungen. An einzelnen Stellen waren sie von Bindegewebshüllen umgeben, zum Teil von diesen total zerdrückt. Ueberhaupt ist das Typische der Veränderungen eine Proliferation des Bindegewebes, das zwischen die einzelnen Follikel eindringt, es auseinanderpreßt, um als immer dicker werdende Hülle das Weiterwachstum der Follikel zu stören. Die feinere degenerative Veränderung an dem einzelnen Ei zeigt sich zuerst in Degeneration und Schwund des Eikernes, in einer Umwandlung des Liquor folliculi in eine schollige, homogene, muzinhaltige Masse, in Pyknose der umgebenden Zellen nebst deren Kernen und bei noch größeren Strahlenschädigungen in der Verstärkung der Eihülle unter totaler Vernichtung des Eies selbst. Aber nicht nur diese schweren Schädigungen haben die Tierversuche gelehrt; mit der Variation der Dosis zeigten sich auch Abstufungen der Schädigung, man erkannte schließlich, daß, je kleiner die Dosis, desto geringer die Schädigung, desto schneller das Sicherholen des Organs beobachtet werden konnte. Das eine haben allerdings die Untersuchungen der neuesten Zeit bewiesen, daß bei Anwendung höherer Dosen die einmal gesetzte Schädigung durch Bindegewebsentwicklung eine Restitutio ad integrum nicht mehr gestattet. An der Hand einer Reihe von Tierversuchen und Beobachtungen an Menschen hat Fränkel versucht, eine Dosenskala zu entwerfen, aus welcher der Grad der nach vier Wochen sich noch dokumentierenden Schädigungen entsprechend der ein oder mehrmals verabreichten Dosis sich im voraus ablesen läßt.

Eine ganze Reihe von Autoren beschäftigte sich nach Halberstädter eingehend mit Tierversuchen, wie Specht, Roulier, Fellner, Neumann, Bergonié und Tribondeau, Seretzky, Krause, Ziegler, Reifferscheid u. a. Durch jeden dieser Forscher wurden die Befunde erweitert, genauer fixiert, das mikroskopische Bild klarer gelegt. So fielen bald speziellere Veränderungen an den Gefäßwandungen auf, bald erkannte man als einzelne Sprenkel über das ganze Organ kleine Haemorrhagien neben den bereits oben beschriebenen Bindegewebswucherungen, deren Ausdehnung in der Tat eine große Regelmäßigkeit in den verschiedenen Graden ihrer Entwicklung erkennen läßt. Dennoch bedurfte es einer geraumen Zeit, ehe sich in der Literatur

die ersten Berichte über Anwendung der Röntgenstrahlen bei Frauen vorfanden. Foveau des Courmelles berichtet über zwei Fälle von Abdominaltumoren, bei denen er mit Röntgenstrahlen insofern günstige Erfolge erzielte, als diese Tumoren sich verkleinerten, das Allgemeinbefinden sich besserte; und so schlug er vor, in zweifelhaften Fällen zur Diagnosenstellung und gleichzeitigen Therapie die Röntgenstrahlen anzuwenden. Deutsch behandelte fünf Fälle von Myomen, räumte indessen trotz seiner erzielten Erfolge ein, daß die Versuche zu langwierig und die Operation eher anzuraten sei.

Die Franzosen dagegen hatten die Idee von Deutsch weiter ausgebaut und zu der ihrigen gemacht.

Laquerrière konnte über 30 Fälle erfolgreicher Röntgenstrahlenbehandlung von Uterusfibromen bei Frauen im klimakterischen Alter berichten. Daß bei jüngeren Frauen nur eine vorübergehende Verminderung der Blutung erzielt werden konnte, erklärte er damit, daß nur solche Ovarien, deren Vitalität abgeschwächt war, auf Röntgenstrahlen reagieren.

Bald darauf hatte wiederum Foveau de Courmelles bedeutende Erfolge an einem großen Material von über 45 Fällen von Myomen zu verzeichnen. Nach schon 30 Sitzungen gelangten die Myome zur Verkleinerung und die Blutungen zum Verschwinden.

Diese Arbeiten, die sich allerdings nur mit Myomenbestrahlung beschäftigten, waren in Deutschland unbeachtet geblieben und schienen vergessen. Trotz der überraschenden Ergebnisse bei den umfassenden Tierexperimenten und der so nahe liegenden Schlußfolgerungen herrschte hier unter den Autoren eine gewisse Einmütigkeit dahin, daß beim Menschen Beeinflussung der Ovarien durch Anwendung der Röntgenstrahlen nur sehr schwierig, wahrscheinlich nur mit schweren Veränderungen der Haut zu erzielen sei. Auch die Einleitung des Abortes durch Röntgenstrahlen beim Menschen hielten die meisten für unmöglich schon der Schwierigkeit wegen, ausreichend große Dosen ohne Dermatitis anzuwenden.

Sehr richtig bemerkt Faber:

„So sprach man für und wider die Röntgentherapie gynäkologischer Leiden. Inzwischen war aber schon längst der erste erfolgreiche Schritt auf diesem Gebiete getan.“

Mitte 1907 hatte nämlich Fränkel seine Tierversuche und den „Fall von Abort bei Menschen“, Anfang 1908 seine ersten 28 Fälle günstiger Beeinflussung nicht nur der Myome, sondern auch aller anderen Blutungen, ferner der Dysmenorrhoe, des Fluors und nervös-sexualer Zustände beschrieben und 1909 auf dem Röntgenkongreß über nunmehr 80 Fälle berichtet. Es folgten Nachuntersuchungen von Albers-Schönberg, Schindler, Krönig, Gauß, Faber und einer

ganzen Reihe anderer, die bei Myomblutungen, sowie bei all den andern angegebenen Leiden die Beobachtungen des erstgenannten Autors bestätigten und auch, was die Verkleinerung der Myomgeschwülste betrifft, sehr günstige Resultate veröffentlichten.

Ein recht stattliches Anwendungsgebiet ist es, auf das sich die Berichte der Forscher erstrecken: erfolgreiche Behandlung eines Falles von Osteomalazie, die Nutzbarmachung der Röntgentherapie zum Zwecke zeitweiliger Sterilisation, der Verkürzung der Periodenblutung, überhaupt zwecks Kräftigung und Fettansatzes abgemagerter Rekonvaleszentinnen und schwächerer Frauen; die dauernde oder zeitweilige Verhütung einer Gravidität bei Psychischkranken, Lungen-, Nieren- und Herzleidenden, bei Frauen mitluetischen Affektionen; zwecks Herabsetzung sexueller Ueberreize, alles Anwendungen, die man als prophylaktische bezeichnen kann.

Im Vordergrund des Interesses aller Forscher steht jedoch die Behandlung der Myome. Hier herrscht wohl eine gewisse Uebereinstimmung, welche dahin geht, daß die submukösen Myome der Röntgentherapie größtenteils trotzen, daß aber in allen anderen Fällen die X-Strahlen sehr günstige Erfolge aufzuweisen haben. Wenn B u m m auf Grund schwerer Blutungen vor der Bestrahlung warnt, so hält V e i t dem entgegen, daß die Blutungen offenbar bei Tumoren mit submukösem Sitz aufgetreten seien, der die Anwendung der Röntgentherapie kontraindiziere. F r ä n k e l berechnet in seinem Resumée über 150 Myomfälle 75% Erfolge und hebt hervor, daß von den erfolgreich behandelten Patientinnen die Hälfte außer der als günstige Einwirkung zu begrüßenden Periodenverkürzung bis zum gänzlichen Sistieren jeder Blutung auch eine Verkleinerung der Geschwülste — von spezialärztlicher Seite festgestellt — aufweise. Ueber volle 100% Erfolge triumphieren K r ö n i g und G a u ß : ein Resultat, wie es wohl in der ganzen Heilkunst überhaupt recht vereinzelt dastehen dürfte, und das seinen Grund nach Ansicht der beiden Autoren in der besonders kunstgerecht ausgeübten Technik, nach Ansicht mancher anderer Beobachter in der Auswahl der Fälle hat. So haben nach S c h m i d t alle Autoren, „auch Beobachter, welche die neue Behandlungsmethode so optimistisch beurteilen, wie K r ö n i g und G a u ß“, eine gewisse Anzahl von Versagern zu verzeichnen. S c h m i d t meint, diese Fälle seien sehr selten — unter 400 Beobachtungen aber immerhin sogar drei Todesfälle (zwei von A l b e r s - S c h ö n b e r g, einer von S c h m i d t) —, und ihre Ursache sei in einer größeren Widerstandsfähigkeit der Ovarien, da es sich immer um jüngere Frauen handle, zu suchen. Auch H e y n e m a n n betont, daß es noch immer Versager gebe. K a e s t l e spricht von einer Idiosynkrasie mancher Patientinnen gegen die Röntgenstrahlen. M e n g e hat schwere Ausfallserscheinungen beobachtet und will daher nur Frauen von über 40 Jahren mit der Bestrahlung behandelt wissen. H a l b a n schließlich zieht der Röntgenbehandlung

auch weiterhin die konservative Myom-Operation vor, und es ist wohl unnötig, anzuführen, daß er mit seiner Ansicht in dem chirurgisch-gynäkologischen Lager keineswegs allein steht.

Die Ursache der verstärkten Periodenblutung nach der ersten Bestrahlungsserie, auf die Albers-Schönberg besonders aufmerksam machte und welche ihn dazu veranlaßte, bei ausgebluteten Frauen die Röntgenbehandlung zu verwerfen, wird von anderer Seite in dem gewissermaßen physiologischen ersten Stadium, dem Reizstadium gesehen, wie es dem folgenden Lähmungsstadium vorausgehen müsse. Da aber gerade letzteres mit Sicherheit den starken Blutungen entgegenwirke, müsse man gleich im Beginn der Behandlung die hinreichend hohe Strahlenintensität einwirken lassen, damit bis zur nächsten Periode das erste, das Reizstadium bereits überwunden sei. Schindler, Krönig, Gauß, Faber, Bardachzi, Döderlein betrachten daher in diesem Zusammenhange gerade die ausgebluteten Fälle, welche wegen ihrer hochgradigen Anämie und wegen der allgemeinen Körper- und Herzschwäche nicht mehr operabel seien, als eine Domäne der Röntgentherapie, und Fränkel glaubt, ihr in Gestalt der Feldernahbestrahlung das geeignete technische Werkzeug geliehen zu haben.

Die heute maßgebende Stellung der Myombehandlung gegenüber präzisiert Schindler mit den Worten: „Bevor wir zur Operation schreiten, ist in jedem Falle der Versuch mit Röntgenstrahlen heute berechtigt und zu machen.“ Albers-Schönberg erklärte (auf dem Kongreß der „Deutschen Röntgen - Gesellschaft“ 1909) die Röntgenbestrahlung für ein hervorragendes Hilfsmittel in der Behandlung einiger gynäkologischer Erkrankungen“. Krönig und Gauß verwandten die Radiotherapie in der Gynäkologie anfangs zögernd, dann aber in immer größerem Umfange und gewannen mit zunehmender technischer Erfahrung immer mehr die Ueberzeugung, daß sich die Indikation zur Röntgenbehandlung wesentlich erweitern, diejenige zur Operation dementsprechend einengen werde. „Alles in allem genommen haben“, so schloß Gauß, „der Tiefenbestrahlung in der Gynäkologie — neben ihren Nachteilen — doch so große Vorteile an, daß man nicht mehr auf ihre Verwendung verzichten darf.“

In einer weiteren Publikation berichten beide Forscher nochmals über das Freiburger Material. Sie haben bisher 38 Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt. In 60% wurde Amenorrhoe, in weiteren 30% Oligomenorrhoe erzielt, während in zwei Fällen das gewünschte Resultat nicht schnell genug erreicht werden konnte, so daß die Patienten selbst zur Operation drängten. Betreffs der zwei Todesfälle Albers-Schönberg's betonen sie, daß diese bisher, trotz der großen Zahl anderer Beobachter, die einzigen in der Literatur bekannt gewordenen geblieben seien. Sie haben unter 63 Fällen von Radiotherapie bei Uterus-

blutungen bisher keinerlei Zwischenfälle erlebt, obwohl sie der Röntgenbestrahlung gerade diejenigen Fälle unterworfen haben, bei denen sie wegen hochgradiger Anämie oder Herzschwäche einen operativen Eingriff nicht mehr wagten.

Nekrotisierung und nachfolgende Vereiterung der Myome, die man als Folge der Röntgenwirkung befürchten könnte, hat die Literatur bisher nicht aufzuweisen; auch Krönig und Gauß haben keinen derartigen Fall gesehen.

Weiter liefern günstige Berichte über Myombehandlung mit Röntgenstrahlen: Lose, Reifferscheid (von 21 Fällen in wenigen Monaten zwei geheilt, sechs gebessert); Bordier („enorme“ Größenabnahme); Bardachzi (bei sechs intramuralen Geschwülsten Verkleinerung; günstige Beeinflussung der Blutung); Matthaei (21 Fälle; die Erfolge waren um so besser, je älter die Patientinnen waren); v. Faber (frappanter Einfluß auf Größe und Blutungen).

Das Gleiche, was über die Blutungen bei Myomen gesagt wurde, gilt auch von den weiblichen Genitalblutungen überhaupt, in erster Linie von den Blutungen bei „großem“ Uterus, Metritis, Klimakterium. Also auch, wenn es sich um verstärkte, z. B. klimakterische Periodenblutungen ohne vorhandenes Myom handelt, ist das Röntgenverfahren ein sicheres, schmerzloses Mittel. Reifferscheid sagt darüber: „Wenn man bedenkt, daß in diesen Fällen bisher unsere therapeutischen Mittel zum Teil vollkommen versagten, so daß schließlich nur die Exstirpation des Uterus übrig bleibt, so ist dieser Erfolg der Röntgentherapie beim vergrößerten metritischen Uterus allein schon ein so großer, daß man darin eine sehr wesentliche und wertvolle Erweiterung unserer Heilmittel begrüßen muß.“ Haenisch bespricht 15 behandelte Fälle von stärkeren klimakterischen Blutungen, allein oder verbunden mit zum Teil kindskopfgroßen Myomen: Einmal vollständiger Mißerfolg; von acht geheilten Fällen dreimal ein vorübergehendes Rezidiv; unter sieben Fällen mit Myomen zweimal Verschwinden, zweimal wesentliche Verkleinerung ganz besonders großer Myome, dreimal keine nachweisbare Abnahme der Myome, daneben Ausfallserscheinungen verschiedener Stärke in sechs Fällen. Auf dem Wege über die Follikelbeeinflussung gelingt es, wie Albers - Schönberg, Krönig, Döderlein, Veit, Martin, Schindler berichten, Frauen auf Monate hinaus amenorrhöisch zu machen, sie in eine frühzeitige Klimax überzuführen, die Zeit der Wechseljahre zu verkürzen, um schließlich totalen Ausfall jeder Periode zu erzielen.

Fränkel faßt Dysmenorrhoe und allgemeine Nervosität zusammen, da nach seiner Meinung beide enge Beziehungen zueinander aufweisen, und das eine aus dem anderen als Folgeerscheinung resultieren könne. Wenn irgendwo die Annahme berechtigt wäre, daß die Röntgenbehandlung einen suggestiven, psychischen Erfolg zeitige, so seien es gewiß

diese Fälle von Dysmenorrhoe. Aber neben der Suggestivwirkung sei auch jedesmal eine Verminderung der Blutung als Ausdruck der Ovarialbeeinflussung in den erfolgreichen Fällen zu konstatieren. Auch als Maßnahme von differentialdiagnostischem Wert wird bei der Dysmenorrhoe die Bestrahlung empfohlen (Krönig, Albers-Schönberg, Döderlein, Lose, Buschke, Reifferschheid): Liege die Ursache der Dysmenorrhoe in den Ovarien, dann werde diese durch die X-Strahlen günstig beeinflußt: andernfalls seien andere Maßnahmen am Platze.

Endometritis mit und ohne Blutung, Fluor, die heftigen Menstruationsblutungen bei Anämischen sollen eine günstige Beeinflussung durch die Bestrahlungsbehandlung erfahren (v. Faber usw.). Die von mancher Seite bereits als feststehend angenommenen Beziehungen zwischen Gebärmutter und Schilddrüse oder vielmehr zwischen Schilddrüse und Ovarium glauben einige Röntgenologen durch die X-Strahlenanwendung experimentell bewiesen zu sehen: Periodenabschwächung bei erfolgreicher Bestrahlung einer Schilddrüsenanschwellung; Rückgang einer Schilddrüsenanschwellung bei Myomverkleinerung infolge Röntgenbehandlung (Meyer, Fränkel).

Darüber, daß die etwa zu befürchtende Gefahr dauernder Sterilisierung junger Frauen gleich Null sei, ist sich anscheinend das Gros der Forscher einig. Um bei jüngeren Frauen eine dauernde Schädigung nach dieser Richtung herbeizuführen, wären, wie auch Tierversuche zeigen, ganz gewaltige Dosen erforderlich, welche zu verabreichen der Arzt gar nicht in der Lage sei.

Für die zeitweilige Sterilisation bei Rekonvaleszenten, Anämischen, Herzkranken, Tuberkulösen wird die Anwendung der Röntgenstrahlen wegen der völligen Schmerzlosigkeit, der Sicherheit des Erfolges und der Ungefährlichkeit (Fränkel) empfohlen. Sellheim steht den Vorschlägen skeptisch gegenüber; Heynemann verwirft sie; Gauß bezeichnet alle Schlußfolgerungen bezüglich der temporären Sterilisation als verfrüht. Krönig will die unfruchtbarmachende Wirkung der Röntgenstrahlen zur Sterilisierung von Verbrecher-Individuen angewandt wissen.

Erfreulich wäre es, wenn die mitgeteilten Beobachtungen von günstiger Beeinflussung chronischer Bauchfelltuberkulose und von Ausheilung eines Falles von Genitaltuberkulose (Spaeth) Bestätigung durch weitere Mitteilungen fänden.

Daß das Uteruskarzinom dem Chirurgen gehört, wird selbst von den begeistertsten Röntgenstrahlenverehrern nicht in erwähnenswerter Weise angezweifelt; höchstens die inoperablen Fälle dürfen einer Bestrahlungsbehandlung zugeführt werden.

Wir ersehen aus unserer Literaturübersicht, daß die Mehrzahl der Forscher in durchaus objektiver Weise sich über die dem Röntgenver-

fahren in der Frauenheilkunde gesetzten Grenzen klar zu werden sucht. Unter dieser Voraussetzung dürfen wir wohl die Erwartung aussprechen, daß die Röntgentherapie, da sie nach dem Urteile so vieler Beobachter schon heute reiche und unerwartete Erfolge gezeitigt hat, auch für die Zukunft eine bedeutsame Rolle in der Gynäkologie spielen wird.

Journal-Auszüge.

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion.

Erfahrungen mit Hyperol. Von Dr. H. S c h m e r z (Chirurg. Klinik in Graz). Verfasser schreibt: Vor fast einem Jahre hat die Chemische Fabrik Gedeon Richter dem Chef der Chirurgischen Klinik zu Graz, Herrn Prof. v. H a c k e r, ein größeres Versuchsquantum des von ihr in fester Form dargestellten und unter der Patentmarke „Hyperol“ angemeldeten Wasserstoffsuperoxyds zur Verfügung gestellt. Die ausgezeichnete, zweckmäßige Verwendbarkeit und die vorzüglichen Wirkungserfolge haben dem neuen Mittel Eingang in die Klinik geschaffen, und heute sind wir, auf eine fast unübersehbare Reihe von Fällen, in denen Hyperol sich bewährte, zurückblickend, in der Lage, ein abschließendes Urteil über diesen neuen „Wasserstoffsuperoxyd-Typus“ zu fällen. Hyperol ist ein Kristallisationsprodukt aus der Verbindung von H_2O_2 und Carbamid, also $O. (N. H_2)_2 H_2 O_2$, stellt ein schneeweißes, kochsalzähnliches Pulver dar von kühlem, salzig-salpetrigem Geschmack, das in Substanz auf die Zunge gebracht, nur leichtes Brennen zurückläßt. Hyperol ist ein pulverförmiges Wasserstoffsuperoxyd mit einem approximativen Gehalt von 35% H_2O_2 mit bloß 0,3% Zitronensäure, die behufs besserer Haltbarkeit an Stelle der bei ähnlichen Präparaten verwendeten Säuren und Mineralsalze in die Verbindung eingetragen ist. Es ist ein nahezu geruchloses Pulver, das sich, entsprechend abgeschlossen, sehr lange unverändert und allzeit wirksam aufbewahren läßt und nur unverschlossen in der Wärme Sauerstoff abspaltet, der leicht oxydable Körper der Umgebung oxydiert. So können Instrumente im Instrumentenkasten, in dem freies Hyperol Sauerstoff abgibt, leicht rosten. Die schätzenswerten Eigenschaften des Wasserstoffsuperoxyds, das seit vielen Jahren in fast allen Zweigen der praktischen Heilkunde als Lösung in flüssiger Form in Verwendung steht, sind zu bekannt, als daß über sie noch zu sprechen wäre. Diese ausgezeichneten Eigenschaften des Wasserstoffsuperoxyds verbindet das Hyperol ungemindert mit dem unschätzbaren Vorzuge der Pulverform, der zufolge es in die Hand des Arztes gegeben ist, alle Konzentrationsgrade einer Wasserstoffsuperoxydlösung sich nach Wunsch und Bedürfnis sofort herstellen zu können. Die Unzersetzlichkeit des wohlverwahrten Hyperols, die ungebrochene Intensität der Sauerstoffentwicklung zu jeder Zeit im Zusammenhalte mit der Möglichkeit der Herstellung einer beliebigen Wasserstoffsuperoxydlösung wird derjenige besonders zu würdigen

wissen, der oft in der Lage war, mit den aus der Apotheke gelieferten, namentlich zur Sommerszeit ganz unwirksamen Wasserstoffsuperoxydlösungen arbeiten zu müssen. Hyperol wird sich also auch in der ärztlichen Improvisationstechnik, welche die Herstellung des Zweckdienlichen mit geringen Mitteln im Augenblicke erheischt, mit Recht einbürgern, und in diesem Sinne hatte es sich auch Herrn Prof. v. H a c k e r nach persönlicher Mitteilung bewährt, was den Anlaß zu weiteren Versuchen mit Hyperol auf der Klinik gab. Die Firma G. Richter hat das Hyperol als Pulver und als Tabletten zu 1 g in den Handel gebracht. Der Preis beträgt für 1,0 g 9 Heller. Die beiden gebräuchlichsten Konzentrationen des Wasserstoffsuperoxyds, die bisher verwendet wurden, waren die 3% und 10% Lösung. Diese kann man sich mittelst Hyperols sofort herstellen, wenn man in 100 ccm Wasser 10 g Hyperolpulver bzw. zehn Tabletten Hyperol löst, wodurch man eine 3% (10 Volumprozent) H_2O_2 -Lösung erhält, während die 10% H_2O_2 -Lösung durch Auflösung von 40 g Hyperolpulver, bzw. 40 Hyperoltabletten in 100 ccm Wasser (33 Volumprozent) resultiert. Die übrigen Konzentrationen, die etwa erforderlich wären, kann man sich leicht nach der von der Fabrik beigegebenen Anweisung herstellen. Mittelst des Hyperolpulvers können leicht im Bedarfsfalle Salben durch Verreiben mit Lanolin oder Vaseline bereitet werden, wofür man dieser Applikationsform den Vorzug gibt. Von anderer Seite wurde der Wunsch nach Herstellung von Stäbchen, Bazilli aus Hyperol zur Behandlung von Fistelgängen und dergl. lebhaft geäußert. Wir haben das Hyperol in der Weise verwendet, daß wir es entweder direkt in die Wunden streuten und dann Gazestreifen, Dochte und dergl. einführten oder daß wir die Gazestreifen mit dem Hyperolpulver bestreuten und auf diese Weise einführten oder aber, daß wir es in kleine Mullsäckchen brachten und diese namentlich in größere Wundhöhlen einlegten, wodurch gleichsam ein Depot der Sauerstoffentwicklung innerhalb der Wunde geschaffen wurde. Die pharmakodynamische Wirkungsweise des Hyperols ist die des Wasserstoffsuperoxyds. Durch fermentative Einflüsse wird es im Kontakte mit dem lebenden Gewebe, dessen normalen und namentlich pathologischen Sekreten, so insbesondere durch die allen Zellen zukommende Katalase, aber auch andere katalytisch wirkende Substanzen des Organismus in Sauerstoff und Wasser gespalten. Die Sauerstoffentwicklung erfolgt meist sehr stürmisch, und die chemische Affinität des in statu nascendi wirkenden Sauerstoffs stellt in letztem Grunde die effektive Wirkung des Hyperols dar. Es sind zwei Wirkungsformen zu unterscheiden: eine rein mechanische und eine chemische, wobei die erstgenannte Komponente eine Folge des chemischen Vorganges ist. Kommt Hyperol mit Wundsekreten, Serum, Blut, vorzugsweise aber Eiter, ferner mit Fäulnisprodukten, nekrotischen Massen usw. in Berührung, so erfolgt, während das Pulver zerfließt, eine ganz außerordentliche Schaumbildung, und zwar sind die emporquirlenden Schaumwolken ceteris paribus um so größer und in um so

lebhafterer Bewegung begriffen, je eitriger und zersetzter die Massen sind, mit denen das Hyperol in Kontakt gerät. Durch den Oxydationsprozeß werden einerseits Bakterien vernichtet, anderseits toxische Stoffe der Nekrobiose unschädlich gemacht und durch die Heftigkeit der Sauerstoffgaseruptionen mit dem Schaum fortgerissen. Durch die oxydierende Fähigkeit des Sauerstoffes wirkt das Hyperol auch desodorierend und desinfizierend. Die bakteriziden Eigenschaften des Hyperols wurden an Staphylokokken, Streptokokken, Typhus-, Pyozyaneus-, Anthraxbazillen und dergl. von Velich studiert. Man kann das Hyperol in die Wunden eintragen und den sich bildenden Schaum entweder abspülen oder mit Gazetupfern abwischen oder durch 24—48 Stunden in der Wunde belassen, wobei durch zweckentsprechende Drainage mittelst Gazestreifens Sorge getragen werden muß, daß die durch das Hyperol sich bald verflüssigenden, nekrotischen Massen gut aufgesaugt und abgeleitet werden. Jauchende Wunden reinigen sich unter dem Einfluß des Hyperols oft in verblüffender Weise nach ein- bis zweimaliger Applikation, die nekrotischen Gewebsanteile verflüssigen sich teils, teils stoßen sie sich in Fetzen und Krümmeln ab, schmierige Beläge und Pseudomembranen schwinden, die Eitersekretion wird eingeschränkt, in die Wunden geratene Erde, Sägspäne, Strohpartikelchen und dergleichen werden rasch herausbefördert und die Granulation der nach der Hyperolapplikation hellrot (Oxyhaemoglobin) erscheinenden Wundflächen gefördert. Bis in die feinsten Wundspalten dringt die Wirkung des Hyperols zufolge der Gasblasenbildung und vermag daselbst Gewebe reinigend sich zu entfalten. Nach dem Gesagten ist das Anwendungsgebiet für das Hyperol in weiteren Grenzen mithin abgesteckt. Ueberall dort, wo in offenen Wunden starke Eiterungsprozesse sich abspielen, wo abgestorbenes Gewebe und seine Zersetzungsprodukte der Heilungstendenz des Organismus hemmend im Wege stehen und die Ausbildung der ausfüllenden, bestandfähigen Granulationen verzögern, dort, wo unter der Einwirkung von Saprophyten abgestorbenes Gewebe mit Entwicklung verpestender Gerüche jaucht, wo Fremdkörper wie Staub, Erde, Spreu usw. mit gewisser Gewalt in die Wunde gepreßt wurden: überall dort tritt das Hyperol in seine Rechte.“ (Klin.-therap. Wochenschrift 1912 Nr. 29.)

Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion nach der „Bulus“-Methode Liermann. Von Prof. Dr. Küster und Dr. A. Geisse (Aus dem Großherzoglich Badischen Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten in Freiburg). Einen teilweise neuen Weg zur Erzielung einer möglichst sterilen Operationshand ist neuerdings Liermann gegangen. Er verwendet als Medium die Bulus alba. Drei Eigenschaften dieser waren es, die sie ihm für seinen Zweck als besonders geeignet erscheinen ließen:

1. In leicht angefeuchtetem Zustande ist die Bolus ein vorzügliches Händereinigungsmittel. Sie schleift die Haut gründlich ab und glättet sie besser als feinsten Sand oder Marmorstaub.

2. Die Bolus ist außerordentlich hygroskopisch und wirkt daher auf Gewebe und Bakterien stark austrocknend und damit fixierend. (Wegen dieser Eigenschaft ist sie auch eines der besten Wundheilungsmittel.)

3. Die Bolus läßt sich mit Hilfe eines geeigneten Vehikels über die Hand so fein verteilen, daß sie eine dünne, gleichmäßige Schicht über diese bildet. Dabei setzen sich die feinen Bolusteilchen in die Vertiefungen der Haut, die Ausführungsgänge der Drüsen, die Linien der Hand, in den Nagelfalz, in Schrunden fest hinein und fixieren die dort gerade mit Vorliebe sitzenden Keime.

Es kommt hinzu, daß das beste Hilfsmittel zur Herstellung des Bolusüberzuges gerade der Alkohol ist, den wir zurzeit als das beste Mittel zur Minderung der Keimabgabe von der Hand kennen. Auf dem erwähnten Verhalten der Bolus aufbauend, gestaltete Liermann seine Methode wie folgt: Nagelreinigung und Waschung mit einer Bolusseife zwei Minuten lang; Abtrocknen der Hände mit sterilem Tuch. Auftragen einer Bolus-Alkoholpaste zur Erzielung der sterilen Bolusschicht. Sorgfältige Verteilung der Paste über Hand und Vorderarm mit Hilfe von etwa 10 g Alkohol. Die Dauer der ganzen Desinfektion beträgt etwa fünf Minuten. Bolusseife und Paste werden steril in Zinntuben von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation hergestellt. Die angebrauchte Tube kann gewünschtenfalls durch kurzes Einlegen in kochendes Wasser vor dem jeweiligen Gebrauch erneut sterilisiert werden. Die Seife ist ein Gemisch von Kaliseife, Glycerin und Alkohol mit einem wohlriechenden Zusatz. Ihr kosmetischer Effekt ist ausgezeichnet. Schon nach kurzem Gebrauch der Seife verlieren die Hände ihre Rauigkeit, die Oberhaut wird glatt und geschmeidig. Die aus Bolus, Alkohol und etwas Azodermin hergestellte Paste enthält einen Ueberschuß von Alkohol, damit sie nicht leicht eintrocknet. Ist sie gleichwohl (durch langes Lagern) so trocken geworden, daß die Verteilung auf der Hand erschwert ist, so befeuchtet man die Haut vor dem Auftragen der Paste gut mit Alkohol. Die Verteilung über die Hände muß sehr sorgfältig geschehen. An der weißen Zeichnung der Papillarlينien der Hände, die nach Verdunsten des Alkohols markant hervortritt, läßt sich stets gut feststellen, ob die Verreibung der Paste lege artis vorgenommen ist. Je mehr Alkohol verwandt wird, desto besser ist die Verteilung der Paste und desto intensiver die Vernichtung der Keime und die Fixierung in der Tiefe. — Daß Paste und Seife an sich steril sind und auch nach wochenlangem Aufbewahren bei sachgemäßer Behandlung keimfrei erhalten werden können, wurde von Verfasser durch Einimpfung in Bouillon, Agar und Gelatine in mehreren Versuchsreihen festgestellt. Die Untersuchung der nach der Bolusmethode desinfizierten Hände auf Keimgehalt wurde bei sieben Personen,

Arbeitskräften des Laboratoriums, vorgenommen. Zunächst wurde festgestellt, daß die undesinfizierten Hände durchgehends massenhaft Keime, stets viele Hunderte, enthielten bzw. abgaben. Die Untersuchungsmethode der nach Liermann desinfizierten Hände war folgende: Die Hände wurden mit Kochsalz oder Bouillon übergossen und damit gründlich abgewaschen. Von der mit Boluspaste desinfizierten Hand löst sich dabei die Bolusschicht, und diese schmutzig weiße oder gelbliche Masse wurde mit vier sterilen Hölzchen gründlich abgekratzt, unter besonderer Berücksichtigung der unter dem Nagel, Nagelbett und in den Vertiefungen der Haut sitzenden Masse. Die Hölzchen wurden in 5 cem Kochsalz geworfen, gründlich ausgeschüttelt und Flüssigkeit sowie Hölzchen mit flüssigem Agar von 45° zu drei Platten verarbeitet. Die Beobachtung der Platten und die Zählung der im Brutschrank gewachsenen Keime erfolgte anfangs nach 24, später nach 24 und 48 Stunden. Das Ergebnis der Untersuchungen nach 24 Stunden war folgendes: Es wurden 26 Untersuchungen angestellt. Bei 21 davon, d. i. 81%, fanden sich weniger als 5, und zwar im Durchschnitt 0,64 Keime. Bei 5, d. i. 19%, waren es mehr als 5 und weniger als 20, im Durchschnitt 9,5 Keime. Von 14 Beobachtungen nach 48 Stunden ergaben 11, d. i. 78,5%, weniger als 5 Keime, im Durchschnitt 1,6 Keime; 2, d. i. 14,5% der Gesamtzahl, hatten zwischen 5 und 20, im Durchschnitt 6,5 Keime; 1, d. i. 7%, über 20, und zwar 50 Keime. Auch hier zeigte sich, wie schon andere Untersucher festgestellt haben, daß die sachgemäße Desinfektion der Hände gelernt werden muß. Mit zunehmender Uebung wurden bessere Resultate erzielt. Zum Vergleich der Wirksamkeit der Bolusmethode mit anderen Desinfektionsarten wurde eine Reihe von Desinfektionen mit reinem Alkohol, mit Azetonalkohol, sowie Sublimat und Alkohol ausgeführt und die Keimabgabe bei gleicher Versuchsanordnung festgestellt. Die Seifen-Sublimat-Alkoholmethode in der Ausführung: Waschen 15 Minuten lang, heißes Wasser mit Seife und Bürste, 5 Minuten in 1‰ Sublimat und 2 Minuten in 96%igem Alkohol ergab keine besseren Resultate als die 5 Minuten beanspruchende Bolusdesinfektion. Bei den anderen Händedesinfektionsmethoden war der Keimbefund auf den Platten erheblich größer. Zum weiteren Nachweis, ob Alkohol in Verbindung mit der Bolus energischer keimmindernd wirkt als Alkohol allein, wurden mit Rücksicht auf die bei der chirurgischen Operation vorkommenden Verhältnisse folgende Versuche angestellt: Die Hände wurden mit Blut, das mit Tetragenuskeimen infiziert war, beschmutzt, dann zwei Minuten lang mit 96% Alkohol gewaschen und auf Keimabgabe wie oben untersucht. Bei dem Kontrollversuch wurde die mit Boluspaste bedeckte Hand mit tetragenushaltigem Blut infiziert, zwei Minuten mit 96%igem Alkohol gewaschen und die abgegebene Keimzahl festgestellt. Während der Alkohol allein das Blut auf der Hand sofort fixierte, ließ sich mit Hilfe der Bolus die Haut sauber

reiben. Die Keimabgabe war bei der Bolushand erheblich geringer.¹⁾ — Die Frage, ob die Keimabgabe der nach L i e r m a n n desinfizierten Hand mit Nachlaß der schrumpfenden Wirkung des Alkohols oder durch Schwitzen der Hand erheblich zunimmt, wurde im Laboratorium durch Schwitzenlassen der unbedeckten Hand über dem Dampftopf und durch stundenlanges Tragen von Gummihandschuhen über der Bolushand und endlich im Operationssaal der Universitäts-Frauenklinik nach $\frac{1}{2}$ -, $1\frac{1}{2}$ - und $3\frac{1}{2}$ stündigem Operieren in Gummihandschuhen geprüft. Es zeigte sich fast keine Zunahme der Keimzahl, im Durchschnitt wurden bei großen Versuchsreihen weniger als fünf Keime gezählt. Die Neigung der Hände zum Schwitzen wird durch die Bolus anscheinend etwas herabgesetzt. Berücksichtigt man dabei die oben erwähnte strenge Prüfungsmethode des Keimgehaltes, so muß dieses Resultat als hervorragend bezeichnet werden. Die stärkere Wirkung, welche der Alkohol durch Zusatz von Bolus auf die Minderung der Keimabgabe entfaltet, erklärt sich Verfasser so: Die feinen Bolusteilchen, die kleiner sind als die meisten Bakterien, werden, mit Alkohol beladen, unter Verdrängung der Luft und des Hauttalges in die feinsten Fältchen und Vertiefungen der Haut gerieben. So wird durch die Bolus der Alkohol weiter in die Tiefe geführt, als es bei der gewöhnlichen Waschung möglich ist, und er kann seine desinfizierende und fixierende Wirkung dort entfalten, wo die meisten Keime zu finden sind. Da nach der Verdunstung des Alkohols die Bolusteilchen in den Vertiefungen der Haut zurückbleiben, so wird bei jeder neuen Befeuchtung der Hände mit Alkohol die energische Desinfektionswirkung wiederholt, da Bolus Alkohol stark ansaugt. Auf Grund vielfacher Laboratoriumsversuche wurde bisher allgemein dem 65–80%igen Alkohol eine stärker bakterizide Wirkung zugesprochen, als den höheren Konzentrationen. Vor kurzem hat S c h u m b u r g es unternommen, darzutun, daß diese Anschauung irrig ist. Er sagt: „Je wasserfreier der Alkohol ist, desto stärker ist seine wasserentziehende und eiweißgerinnende Kraft, und auf diesen Eigenschaften beruht seine Fähigkeit, Bakterien zu vernichten. Gegenüber Bakterien in dicker Schicht und in geschlossenen Verbänden kann er diese Fähigkeit nicht voll entfalten. Es werden nur die obersten Schichten abgetötet, und die hiebei eintretende Eiweißgerinnung verhindert ein Eindringen des Alkohols in die Tiefe und Einwirkung auf die dort vorhandenen Bakterien. Anders, wenn die Bakterien in Aufschwemmung oder in dünnen Verbänden dem Alkohol ausgesetzt werden. Hier kann er sie leicht erreichen und tötet sie, wie S c h u m b u r g experimentell nachweist, rasch ab.“ — Mit diesem Befund hat S c h u m b u r g einen weiteren Schlüssel zur Erklärung der Wirkung der Boluspaste geliefert. Die feine Bolus verteißt die Bakterien auf der

¹⁾ Für die Praxis dürfte sich bei starker Beschmutzung mit Blut oder Eiter die Waschung mit Wasserstoffsuperoxyd, das die Boluspaste abwäscht und ausgezeichnet desinfiziert, noch besser eignen als Alkohol.

Hand, zerreibt etwa dort befindliche größere Verbände und bietet so die sicherste Gewähr für eine volle Wirkung des Alkohols. Die vom Verfasser angewandte Versuchsanordnung stellt für die Bolusmethode zweifellos so ungünstige Verhältnisse her, wie sie bei Operationen nicht vorkommen werden. Eine vollständige Verflüssigung der die Hand bedeckenden Paste und ein Herausschaben der Keime aus der Tiefe, wie sie hier bewirkt wurde, findet bei Operationen nicht statt. Der Schutz, welchen der Bolusüberzug gegen Infektion ausübt, ist also bei diesen Untersuchungen gar nicht in Rechnung gestellt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 34.)

Unsere Erfahrungen mit der Mastisolbehandlung. Von Dr. A. W a g n e r (Chirurgische Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Lübeck). „Auch bei größeren Operationen wurde jetzt nur noch die O e t t i n g e n s c h e Methode angewandt. Es gibt keine Methode, die mit ähnlicher Sicherheit, Raschheit und unter Vermeiden jeglicher Schmerzen sich anwenden ließe. Man hat kein Ekzem zu befürchten, und die Asepsis durch dieselbe ist nach unseren Erfahrungen eine absolute. Seidenfäden bleiben trocken, sobald sie mit Mastisol in Berührung gekommen sind, da sie Bakterien nicht fortleiten. Wir haben in der Regel die mit Mastisol bepinselte Fläche mit Körperstoff belegt, so daß nur ein schmaler Spalt übrig blieb, häufig aber wurde auch die ganze Fläche mit Körperstoff bedeckt, so daß der erste Schnitt Körperstoff und Haut gleichzeitig durchtrennte. Der Körperstoff bleibt in der Regel sieben bis acht Tage liegen, bis die v. H e r f f ' s c h e n Klammern, die wir hier jetzt fast ausschließlich zur Naht verwenden, abgenommen werden. Man kann ihn aber z. B. bei komplizierten Frakturen sehr viel länger liegen lassen und hat immer dadurch eine saubere Umgebung der Wunde. Dann erst wird das ganze Terrain mit Aether oder Benzin gereinigt. Die ganze Vorbereitung der Haut besteht in einem Reinigungsbad am Abend vorher, bei frisch eingewiesenen und allen dringlichen Fällen wird jede Waschung unterlassen und nur mit Mastisol gepinselt, dann Körperstoff aufgeklebt. In der Wundbehandlung haben wir dem Mastisol ebenfalls vor allen anderen Mitteln den Vorzug gegeben. Jede frische Wunde wird nach den Vorschriften v. O e t t i n g e n ' s wie folgt behandelt: Dem Patienten wird der Notverband abgenommen, falls er einen solchen trägt, dann wird ohne jede weitere Vorbereitung die Umgebung der Wunde, auch wenn sie blutig und mäßig schmutzig ist, bis zum Wundrand mit Mastisol bepinselt. Ist eine schwere Verletzung, die eine genaue Revision erfordert, wahrscheinlich, so wird die bepinselte Fläche mit Körperstoff zugedeckt und man hat jetzt ein steriles Operationsterrain und kann die Wunde revidieren, ohne zu befürchten, es möchten Keime aus der Umgebung in die Wunde gelangen. Handelt es sich um leichtere Verletzungen, so wird auf die Wunde einfach sterile Gaze gelegt, die das Wundsekret absaugt. Der

Sekretstrom gelangt so ohne weiteres nach außen und kommt mit der Haut gar nicht in Berührung. Statt steriler Gaze kann man auch den Wundbausch v. Oettingen's, der in verschiedenen Größen fertig steril geliefert wird, auflegen. Diese Art der Wundbehandlung übertrifft in der Tat alle bisher üblichen Methoden an Einfachheit, Sicherheit und Schnelligkeit. Die günstigen Erfahrungen, die bereits mehrfach bekannt gegeben sind, können wir vollauf bestätigen. Anfänglich betrachtet man die Methode ohne Zweifel mit einem gewissen Mißtrauen, besonders wenn man die gründliche Wasser-Seifen-Alkohol desinfektion geübt hat. Es widerstrebt einem, Blut, Haare und Schmutz in der Umgebung einer Wunde zu wissen; aber hat man sich erst einmal überzeugt, daß die Wunden in der Tat außerordentlich rasch, schonend und sicher nach dem Verfahren zu versorgen sind, und daß sie ausgezeichnet heilen, dann wird man eben Vorurteile fallen lassen müssen, und wird das Bessere an Stelle des Guten setzen. Nachteile des Mastisols für den Patienten sind mir nicht vorgekommen. Während die früher übliche Mastixlösung die Haut ab und zu reizte, habe ich irgend welche Ekzembildung oder auch nur leichtere Hautreizung bei Verwendung von Mastisol nicht gesehen. Mastisol ist schon deshalb der Jodtinktur und dem Thymolspiritus unbedingt überlegen. Wenn Mastisol direkt in die Wunde kommt, brennt es, aber die unangenehme Empfindung hört rasch auf. Dasselbe machen Jodtinktur, Alkohol usw. auch. Wenn man nur bis zum Rand pinselt, läßt sich auch das vermeiden.“

(Zentralblatt für Chirurgie 1912 Nr. 35.)

Anthrax.

Zur Therapie des Milzbrandes. Von Bettmann und Laubenheimer. Bettmann hat zwei Fälle von Milzbrand aufgenommen, die er beide mit 0,3 Salvarsan intravenös behandelte. Am Morgen nach der Injektion war keine Veränderung nachweisbar. Mikroskopisch fanden sich noch Bazillen; Kulturen fielen positiv aus. Nach etwa 14 Tagen wurde nochmals 0,4 Salvarsan gegeben. Bazillen fanden sich nicht mehr. Vortragender hat den bestimmten Eindruck, daß das Salvarsan auf die Infektion günstig eingewirkt hat. Laubenheimer berichtet über Tierversuche, die er im Anschluß an die von Bettmann mit Salvarsan behandelten Fälle von menschlichem Milzbrand angestellt hat. Es wurden in der Mehrzahl der Versuche Meerschweinchen, bei einigen Versuchen auch Mäuse benutzt. Die Infektion erfolgte stets subkutan mit Milzbrandsporenfäden, sporenhaltiger Agarkultur und sporenfreier Bouillonkultur. Der Stamm tötet Meerschweinchen in 48—52 Stunden. Das Salvarsan kam in alkalischer Lösung zur Verwendung, und zwar in Dosen von 0,1 g pro Kilogramm Tier bei subkutaner Applikation. Die Behandlung begann 15—20 Minuten, 6, 16 und 22 Stunden nach der Infektion. Von den spätestens 20 Minuten nach der Infektion mit Salvarsan

behandelten Meerschweinchen starb nur eines an Milzbrand und auch dieses erst 20 Tage nach dem Kontrolltier. Aber auch nach sechs Stunden nach der Infektion konnten bei einem Teil der Tiere die verimpften Keime durch Salvarsan abgetötet werden, während ein anderer Teil der Infektion erlag, wenn auch zumeist erheblich später als die Kontrolltiere. Wurde mit der Behandlung erst 16—22 Stunden nach der Infektion begonnen so konnte der tödliche Ausgang nur hinausgeschoben, nicht aber mehr verhindert werden. Tiere, die durch Salvarsan geheilt wurden, waren nicht immun, sondern voll empfänglich für eine Reinfektion. Antikörper ließen sich im Serum derartiger Tiere nicht nachweisen. Auch im Reagensglas entfaltet das Salvarsan erhebliche entwicklungshemmende Kraft gegenüber Milzbrandkeimen. In Bouillon mit fallenden Mengen Salvarsan versetzt, keimten Milzbrandsporen bei einer Konzentration des Präparates von 1:10,000 erst nach sechstägiger Bebrütung bei 37° aus. Bei 1:1000—1:7000 fand nach 14tägiger Beobachtung kein Auskeimen statt. Auf Grund dieser Versuche, aus denen eine therapeutische Einwirkung des Salvarsans auf den experimentellen Milzbrand hervorgeht, kann angenommen werden, daß der überraschend schnelle und günstige Verlauf der mit Salvarsan behandelten Fälle von *Pustula maligna* beim Menschen ebenfalls auf die Wirkung des Präparates zu beziehen ist. Die weitere versuchsweise Anwendung von Salvarsan beim menschlichen Milzbrand kann deshalb empfohlen werden.

(Naturhistorisch-medizin. Verein in Heidelberg 6. Februar 1912. —
Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 29.)

Die Behandlung des äußeren Milzbrandes. Von Dr. B. Periëić (Zara). Die Mortalität unter den 45 Kranken beträgt 4,4%. Dieses Prozent muß als überaus günstig betrachtet werden, da nach Garré derselbe im allgemeinen zehn, nach Nasarov sogar für die Pusteln an Kopf und Gesicht 26 beträgt. Nach amtlichen Mitteilungen war in Preußen die Mortalität an Milzbrand im Jahre 1907 13,6%, 1908 18,9%, und 1909 13,8%. Das vom Verfasser in allen Fällen geübte Behandlungsverfahren war ein rein konservatives und bestand in Umschlägen mit Sublimat 1:1000 oder 10%iger Burow'scher Lösung, dabei noch, wenn großes Oedem bestand, Jodtinktur (zweistündlich einen Tropfen in Wasser) und gelegentlich Chinin. Verfasser hat nie Injektionen, nie Kauterisationen und nie Einschnitte gemacht. Operationen hat er manchmal nur nach Ausheilung des Milzbrandes wegen narbiger Deformitäten an den Lidern gemacht. Es ist diese die einzige Lokalisation des Milzbrandes, die Verfasser in Zukunft veranlassen wird, schon im floriden Stadium, wahrscheinlich regelmäßig, zum Messer zu greifen, und zwar um Spannungsschnitte zu machen, zur Verhinderung der regelmäßig eintretenden, ausgedehnten Lidgangrän und nachfolgender Indikation plastischer Operationen. Wenn Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen und des Vergleichs derselben

mit denen Anderer seinen Standpunkt in der Behandlungsfrage des Milzbrandes präzisieren soll, so muß er sagen: Daß die prinzipiell ausgeführte chirurgische Behandlung des Milzbrandes als Kunstfehler zu betrachten ist.
(Medizinische Klinik 1912 Nr. 34.)

Apoplexie.

Schlaganfall als Unfallfolge anerkannt. Von Dr. med. Steinhauer, Seligenstadt (Hessen). Der am 30. Oktober 1881 geborene Maurer R. (29 Jahre alt) ist am 4. Juli 1910 beim Entladen eines mit sogenannten Schwemmsteinen geladenen Wagens zusammengebrochen und verlor alsbald das Bewußtsein. Am fraglichen Tag arbeitete R. an einem Neubau. Von mittags 1 Uhr war er mit Ausrollen und Verschalen beschäftigt, und zwar in der Mansarde, wo an diesem Tag eine außergewöhnlich schwüle, drückende Hitze herrschte. Diese Arbeit — wegen schräger Wände meist in gebückter Haltung ausgeführt — wechselte R. mit dem Fuhrknechte, der die Schwemmsteine vom Wagen zu langsam ablud. Es war abends gegen 6 Uhr und die Arbeit sollte noch beendet werden. Der an Stelle des Fuhrknechts getretene, jetzt mit Abladen und Weiter-schocken der Steine beschäftigte R. arbeitete nach Aussage von Mitarbeitern so rasch, daß man meinte, er müßte zusammenbrechen. Nach einhalbstündiger, angestrengter Arbeit trat der Unfall ein. Die Hitze betrug an diesem Tag und an diesem Orte nach Feststellung der meteorologischen Station mittags um 2 Uhr 24,5° R. Nach gerichtlicher Aussage von Augenzeugen und Mitarbeitern fiel R. plötzlich zusammen. Man trug ihn in einen benachbarten Laden und setzte ihn auf einen Stuhl. Einen dargereichten Liquör erbrach er sofort. Den rechten Arm und das rechte Bein ließ Patient wie gelähmt hängen; die Sprache, anfangs deutlich, wurde lallend und das Bewußtsein getrübt. Etwa eine Stunde nach dem Unfalle traf ich den Patienten auf einem Bauernwagen, der ihn in die eine halbe Stunde von hier entfernte Heimat bringen sollte. Ich hatte den Eindruck, daß es sich um eine typische Hemiplegie handelte. Eine genaue Untersuchung zu Hause, in der Wohnung des Patienten, ergab folgendes: Lähmung des rechten Beines und des rechten Armes, rechts-seitige Fazialislähmung, die herausgestreckte Zunge weicht nach der gelähmten Seite. Die Sensibilität ist an der gelähmten Körperhälfte herab-gesetzt. Fußklonus und Patellarreflexe sind vorhanden. Die Atmung ist vertieft, stertorisch in der Trachea. Der Puls geht voll und langsam wie bei starkem Blutdrucke; die Pupillen eng und reaktionslos, das Bewußt-sein getrübt, die Sprache im Stadium der Aphasie. — Nach diesen Er-scheinungen mußte es sich um eine Läsion des Gehirns, und zwar der linken Seite handeln. Hier waren zweifellos im Versorgungsgebiete der Arteria fossae sylvii, direkt, reflektorisch und vasomotorisch, die Insula, zum Teil die Parietal-Zentral-Temporal-Windungen (Aphasie), sowie die äußere Kapsel, der Linsenkern und der vordere Abschnitt der inneren

Kapsel befallen. Dieses betroffene Gebiet ist der typische und Lieblingssitz des die Hemiplegie auslösenden Prozesses, wobei die gesamte in ihrer Wirkung gekreuzte Pyramidenbahn durchtrennt ist. Patient wurde natürlich, wenn auch die Lähmungserscheinungen sich besserten und Kontrakturstellungen der befallenen Extremitäten Platz machten, wenn auch die Sprache wiederkehrte und das Bewußtsein sich aufhellte, zunächst völlig arbeitsunfähig, und das Rentenverfahren kam in Gang. Ende September 1910 wurde mein Gutachten von der Baugewerksberufsgenossenschaft eingefordert und lautete etwa dahin: Ich kenne den Patienten etwa vier Jahre und habe ihn niemals — als dessen Kassenarzt — an einer ernstlichen Erkrankung behandelt. Die ganze Familie war mir immer als solid und gesund bekannt. Am 4. Juni 1910 hat R. zweifellos und nachweislich sehr angestrengt gearbeitet, und zwar bei einer außerordentlich schwülen Temperatur. Hauptsächlich führte ich in diesem Gutachten die Hemiplegie auf die angestrengte Arbeit und die Hitze zurück — wenn auch die bestehende allgemeine Arteriosklerose die meiste Ursache hierfür bietet — und befürwortete die Rente, da doch der Unfall vorwiegend auf die Arbeit im Betriebe zurückzuführen sei. Daraufhin wurde ein zweiter Sachverständiger, Medizinalrat Dr. K., vernommen, der die Hemiplegie wesentlich als Folge der bestehenden Arteriosklerose begutachtete. Die Arbeit des R. sei keine übernatürliche Leistung und könne bei so jungen Menschen keinen Schlaganfall hervorrufen. Die Rente wurde daraufhin von dem Vorstände der Berufsgenossenschaft abgelehnt. Gegen diesen Bescheid legte R. bei dem Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung Berufung ein. Eine mehrtägige klinische Beobachtung bei Geheimrat v. L. war die Folge. Am 9. März 1911 erstattete dieser sein Gutachten etwa wie folgt: R. leidet an den Folgen eines Schlaganfalls (Hemiplegia dextra) ohne Sprachstörung, die vorübergegangen ist. Ein Schlaganfall kommt entweder durch eine Gefäßzerreißung (Gehirnblutung) oder durch eine embolische respektive thrombotische Verstopfung der betreffenden Hirnarterie (Gehirnerweichung) zustande. Ruptur und Thrombose setzen eine Gefäßerkrankung voraus, die Embolie bedarf einer embolischen Quelle, die entweder in einem Thrombus, der sich an einer atheromatösen Gefäßwand, zumeist wohl an der Aorta niedergeschlagen hat, gegeben ist oder in Herzthromben, wie sie bei Endokarditis, Herzschwäche und dergleichen sich bilden. Wodurch R. zu einer Arteriosklerose gekommen ist, wissen wir nicht, nur soviel kann behauptet werden, daß er daran leidet. So zeigt Patient einen enorm hohen Blutdruck von über 190 mm Hg, wie er vor allem bei chronischer Nephritis, die hier nicht vorliegt, und universeller Gefäßverkalkung vorkommt, welche beträchtliche Blutdrucksteigerung mit zu den Hilfsursachen der Gehirnblutung zählt, wie man auch des öfters Schlaganfälle bei solch hohem Blutdrucke sich gerade an starken Muskelanstrengungen, seelischen Aufregungen, opulenten Mahlzeiten usw. anschließen sah. Es darf angenommen werden, daß die bei R. bestehende

allgemeine Arteriosklerose mit der beträchtlichen Blutdrucksteigerung als prädisponierendes Moment zum Schlaganfall anzusehen ist, wie wir ferner mit ausreichender Wahrscheinlichkeit annehmen möchten, daß die Art der Arbeit sowie die Temperaturverhältnisse am 4. Juni 1910 eine wesentlich mitwirkende Ursache, das eigentlich auslösende Moment, zum Ausbruche des Leidens bilde. Es ist unseres Erachtens wohl denkbar, daß die mit einer solchen Blutüberfüllung verbundene körperliche Anstrengung, zumal bei der hohen Temperatur, der Anlaß zum Auftreten des Schlaganfalles gewesen ist. Auf dieses Obergutachten nimmt das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung an, daß der zur Begründung der Entschädigung erforderliche Zusammenhang gegeben war und bewilligte daher die Vollrente. Erwähnt sei noch, daß der zweite Gutachter, Medizinalrat Dr. K., sich in der mündlichen Verhandlung des Schiedsgerichtes dem Obergutachten anschloß. (Medizin. Klinik 1912 Nr. 28.)

Der Schmerzpunkt an der Parotis bei schweren Hirnblutungen. Von E. C a v a z z a (Modena). Auf Grund von elf Beobachtungen weist C a v a z z a auf einen Druckpunkt hin, den man bei Hirnblutungen feststellen kann. Er tritt sehr früh auf: Verfasser konnte ihn in einem Falle schon eine Stunde nach dem Apoplex nachweisen. Die Gegend der Druckempfindlichkeit ist vorn begrenzt vom hinteren Rande des aufsteigenden Unterkieferastes, hinten von der Vorderfläche des Warzenfortsatzes, oben von der hinteren—unteren Fläche der knorpeligen Ohrmuscheln, entspricht also der Parotis; am besten findet man ihn, wenn man direkt hinter dem Ohr läppchen einen Druck ausübt. Weniger, aber immer noch deutlich ausgesprochen ist die Druckempfindlichkeit etwas tiefer unten hinter dem Unterkieferwinkel. Bei alten Hemiplegikern, ebenso bei frischen Thrombosen und Embolien war das Symptom nie zu finden. Es beruht vielleicht auf einer Steigerung des endokraniellen Druckes; dafür spricht die Doppelseitigkeit des Phänomens und die Tatsache, daß es sich auch bei anderen Affektionen mit Steigerung des Druckes wie Tumoren und Hydrozephalus feststellen läßt. Prognostisch ist es von übler Bedeutung; die elf Fälle des Verfassers starben alle. (Morgagni Archivio 1911 Nr. 87. — Zentralblatt für die ges. Therapie Juli 1912.)

Arteriosklerose.

Beeinflussung arteriosklerotischer Beschwerden durch Jodtropon. Von Dr. J. L o e w y (Berlin). Früher suchte Verfasser die auf Arteriosklerose beruhenden Beschwerden mit anorganischen Jodpräparaten zu bekämpfen. Jod muß ja immer noch als das wirksamste Mittel dagegen bezeichnet werden; aber trotz der zu beobachtenden Erfolge war Verfasser von ihnen nicht besonders befriedigt, wegen der nicht seltenen, bekannten Nebenerscheinungen, speziell wegen der am Verdauungsapparat auftretenden Störungen, vor allem zunehmende Appetitlosigkeit und Druckgefühl im

Magen. Diese Symptome waren zu vermeiden oder doch wesentlich einzuschränken durch Benutzung eines Jodpräparates, das ohne Jodabspaltung den Magen passierte, dessen Abbau im Körper relativ langsam erfolgte, das länger als die Jodalkalien im Körper kreiste und dadurch schon in geringeren Dosen als diese wirksam sein mußte. Ein diesen Forderungen entsprechendes Präparat schien das Jodtropon zu sein, von dem Bickel zeigte, daß es unzerlegt in den Darm übertritt, dessen allmähliche Ausscheidung Fischer feststellte und das Verfasser deshalb an einer größeren Zahl von Arteriosklerotikern, die zu den Insassen der Altersversorgungsanstalt der Berliner Jüdischen Gemeinde gehörten, prüfte. Zunächst beschränkte er sich auf Feststellung der Bekömmlichkeit und des Verhaltens des Pulses; als sich jedoch ergab, daß das Präparat sehr gut vertragen wurde und die subjektiven Beschwerden wesentlich milder wurden, versuchte er näheren Aufschluß über dessen Wirkungsart zu erlangen und nahm an neun Personen Untersuchungen über das Verhalten des Blutdruckes unter der Wirkung des Jodtropens vor. Er wählte dazu Personen, die keinerlei Organerkrankung aufwiesen, abgesehen von Unregelmäßigkeiten der Herzaktion, die speziell kein Nierenleiden erkennen ließen. Zunächst wurde der Blutdruck wiederholt vor der Zufuhr des Mittels festgestellt, dann nach einer Zufuhr von zehn Tagen und dann wieder nach zwölf Tagen, stets in mehreren gut übereinstimmenden Bestimmungen ermittelt. Im ganzen wurde das Jodtropon also drei Wochen gereicht, und zwar pro die drei bis sechs Tabletten mit 0,05 Jod pro Tablette. Aus den Schilderungen geht hervor, daß insbesondere das Schwindelgefühl in erheblichster Weise, zum Teil bis zum — vorsichtig ausgedrückt — zeitweiligen Schwinden nachließ. Aber auch die quälenden subjektiven Herzbeschwerden wurden geringer, und damit hob sich das Allgemeinbefinden. Objektiv waren Aenderungen am Herzen nicht nachzuweisen, aber das Verhalten des Blutdruckes änderte sich im Laufe der Behandlung. Man kann also sagen: Wo mit der klinisch nachweisbaren Arteriosklerose eine ebenfalls nachweisbare Blutdrucksteigerung einherging, wurde diese stets durch Jodtropon herabgesetzt. Auch wo die pathologische Steigerung des Blutdruckes nicht sehr beträchtlich war, fand sich eine starke Herabsetzung desselben durch Jodtropon. Bei nicht gesteigertem Blutdruck wurde dagegen durch Jodtropon eine Verminderung nicht erzielt. Mit der Mitteilung der vorstehenden Erfahrungen wollte Verfasser nur auf eine objektiv nachweisbare Wirkung des Jodtropens auf den Zirkulationsapparat hinweisen. Es wäre natürlich falsch, diese Wirkung für die stets gefundenen, aus den mitgeteilten Krankengeschichten ersichtlichen subjektiven Besserungen verantwortlich machen zu wollen, aber ein Zusammenhang zwischen der Jodwirkung und der Besserung der auf Störungen der Zirkulation beruhenden subjektiven Erscheinungen dürfte doch nicht von der Hand zu weisen sein. Der Zusammenhang ist wohl ein indirekter in dem Sinne, daß nicht die Blutdrucksenkung als solche, sondern viel-

mehr durch den Jodtropengebrauch eingeleitete Veränderungen am Zirkulationsapparat, als deren Folge auch eine Senkung des Blutdruckes eintritt, zum Rückgang der zuvor bestandenen Beschwerden führen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 23.)

Jodozitin und A. Von Med.-Rat Dr. Steiner (Berlin). Verfasser hat das Präparat mit sehr gutem Erfolge angewandt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 29.)

Blutungen.

Zur Technik der Uterustamponade schreibt Dr. F. Holz (Berlin): „Im Zentralblatt Nr. 21, 1912, hat Dr. S. Boxer (Wien) unter obigem Titel einen Apparat angegeben, der wohl praktikabel, aber immerhin komplizierter ist, als die von mir angegebene Tamponadebüchse, erhältlich bei M. Hahnemann, Berlin, Elsasserstraße. Ich habe bei dieser Firma eine, den sogenannten Schlitzkartons ähnliche Sterilisationsbüchse machen lassen, in deren Innerem eine auf einer Glasrolle aufgewickelte sterile Jodoformgazebinde von 10 cm Breite und 20 cm Länge sich um einen auf der Schmalseite der Büchse aufgelöteten Stab rollt. Um die Assistenz zu sparen, sind auf jeder Außenseite des Büchsendeckels Karabinerhaken aufgelötet, an denen eine Kette oder Lederriemen hängt. Will man nun die Büchse zur Tamponade gebrauchen, so läßt sich der aseptische Operateur die Büchse von irgend einer Person, die auch den Schlitz öffnet, umhängen. Die Kette bzw. der Riemen wird so justiert, daß die Büchse vor der Brust hängt. Dann kann der Operateur die Gaze mit einer Kornzange oder geeigneten Pinzette ergreifen, die aseptische Gaze rollt sich aus dem Innern der aseptischen Büchse ab und wird direkt in den Uterus hineintamponiert. Als Spekulum nehme ich das Nott'sche Spekulum, doch ist es auch sehr gut möglich, ohne Spekulum völlig aseptisch und ohne Assistenz mittels der Tamponadebüchse den Uterus zu tamponieren, indem der Operateur den Uterus so weit mit der Kugelzange vorzieht, daß die Vagina ausgeschaltet wird und die Portio im Niveau der Vulva sich befindet. Dann kann der Operateur durch entsprechendes Zurückneigen des Oberkörpers es mit Leichtigkeit verhindern, daß der Streifen hängt und etwa an das Perineum kommt. Ich habe den Apparat in Hunderten von Fällen erprobt, auch ist er von Herrn Prof. Olshausen, wie mir die Firma Max Hahnemann mitteilte, seinerzeit in der Frauenklinik eingeführt worden. Der Preis der Büchse ist gering, zumal man in der Lage ist, stets aseptische Jodoformgaze zur Verfügung zu haben. Ich nehme in neuerer Zeit Vioformgaze, die ich mir selbst sterilisiere und imprägniere, doch gibt die Firma fertige Gaze ab. Ich möchte bei dieser Gelegenheit nicht versäumen, auf die Wichtigkeit der Uterustamponade zur Blutstillung und Drainage und indirekt zur Prophylaxe der Infektion hinzuweisen. Daß man bei Uterusblutung besonders bei Aborten und Ent-

bindungen auch durch Heißwasserspülungen die Blutstillung herbeiführen kann, ist bekannt; wohl aber ist zu bedenken, daß die blutstillende Kraft des heißen Wassers in schwereren Fällen aufhört, sobald das heiße Wasser nicht mehr fließt. Die Gaze, die drin bleibt, wirkt als beständig zur Kontraktion reizender Fremdkörper, ferner tamponiert sie, wie eine Zahnplombe fest eingedrückt, direkt die blutenden Gefäße. Ich möchte die Tamponade in der ambulanten Praxis der Geburtshilfe, die bei den meisten Aerzten in Betracht kommt, nicht missen. Daß auch Mißerfolge vorkommen, besagt natürlich nichts. In einigen Fällen stellt sich Temperatursteigerung ein, die wohl meist dadurch sich erklären läßt, daß in der Gaze putrides Sekret imbibiert ist, doch fällt das Fieber sofort, sobald die Gaze entfernt wird, was auch bei Fieber 24 Stunden nach der Applikation erfolgen kann. Irgend ein Schaden durch die Tamponade als solche ist ausgeschlossen.“ (Zentralblatt für Gynäkologie 1912 Nr. 29.)

Ueber Hydrastinin. hydrochlor. Bayer schreibt Dr. F. Merkel (Nürnberg): „Das Präparat ist ein auf synthetischem Wege dargestelltes Ersatzprodukt des Hydr. canad. fl. ext., es hat sich besonders bei langdauernden menstruellen Blutungen ohne nachweisbare Ursache (Menopause, Chlorose etc.) sehr gut bewährt; z. B. Menses von drei Wochen Intervall mit acht bis zehntägiger Dauer werden auf Menses von vier Wochen mit vier Tagen reduziert. Unbedingt erforderlich ist immer regelmäßiger, ununterbrochener Gebrauch, sechs Wochen lang zwei bis dreimal täglich 25—40 Tropfen. Direkt blutstillend wie Sekale wirkt es nicht. Es schmeckt bedeutend besser wie Hydrastis canad. und ist auch billiger.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Indikationen bei Uterusblutungen. Von Prof. Dr. A. Mackenrodt (Berlin). Verfasser schreibt: „Die Behandlung der Uterusblutungen nach wohlgefestigten Grundsätzen mit Hilfe der inneren, der balneologischen und chirurgischen Mittel muß nach dem Aufkommen der Bestrahlungstherapie einer Revision unterzogen werden. Für die Indikationsstellung der Bestrahlungstherapie ist die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Ovarien im Sinne einer Follikelverödung maßgebend. Wo eine derartige dauernde Schädigung der Ovarien unerheblich ist, wird die Röntgentherapie wohl überall, wo sie zu haben ist, die bevorzugte sein. Dies würde, wie das in der Tat auch durch die Erfahrung bestätigt wird, in erster Linie bei den klimakterischen Blutungen der Fall sein; denn hier können die Röntgenstrahlen die ohnehin schon natürliche Follikelverödung der Ovarien durch ein paar Bestrahlungen vollends herbeiführen und dadurch den Uebergangs- und Blutungsprozeß schneller als sonst zum Stillstand bringen. Die Ovarienwirkung der Röntgenstrahlen wird aber natürlich noch erhöht durch Veränderungen der Uteruswand selbst, welche als eine Folge der Strahlenwirkungen Robert Meyer an ein paar

Präparaten von mir nachgewiesen hat. Es bewirken nämlich die Röntgenstrahlen eine Art von skirrhotischer Veränderung der Uterussubstanz, ganz ähnlich den Veränderungen der Muskulatur und des Bindegewebes durch das Klimakterium. Diese kombinierte Wirkung der Strahlen auf die Ovarien und auf die Uterusmuskulatur ist für die schnelle Beendigung des klimakterischen Ueberganges mit seinen Blutungen sehr förderlich und nur erwünscht. Die Ausfallserscheinungen, welche sowohl bei dem natürlichen Klimakterium, als auch selbstverständlich bei dem durch Strahlenwirkung beschleunigten Klimakterium auftreten, können in diesem Falle weder die Patienten, noch die Aerzte von der Anwendung der Bestrahlung zur Beseitigung klimakterischer Blutungen abhalten; insoweit wird wohl ein vollständiges Einverständnis allerseits angenommen werden dürfen. Nicht ebenso übereinstimmend aber werden die Uterusblutungen jüngerer Frauen, welche lange vor dem zu erwartenden Klimakterium auftreten, bezüglich der Therapie beurteilt werden können. Zwar ist es möglich, durch vorsichtige Dosierung der Strahlen eine gänzliche Verödung der Ovarien und darauf lästige Ausfallserscheinungen zu verhüten; es ist dies aber auch mit dem besten Willen und bei der vorsichtigsten Dosierung nicht immer möglich, und wenn bei diesen jüngeren Frauen die Follikelatrophie der Ovarien nach der Bestrahlung gegen unseren Wunsch dennoch eintritt, so treten damit die gefürchteten schwereren Ausfallserscheinungen ein, deren Belästigung von den Kranken schwerer empfunden wird als früher die Blutungen, gegen welche sie sich doch immerhin durch allerhand weniger eingreifende Mittel noch einigermaßen schützen konnten. Andererseits lehrt die wenn auch noch junge Erfahrung mit den Röntgenstrahlen, daß die Ovarien sich wieder erholen können und daß, wenn sie die Ursache der Blutungen waren, dann auch die Blutungen rezidivieren. Eine öfter wiederholte Bestrahlung aber zur Beseitigung der wiederholten Blutungen ist nicht nur kostspielig und zeitraubend, sondern birgt auch die Gefahr der definitiven Follikelverödung der Ovarien in sich und damit die Gefahr eines unerwünscht vorzeitigen Röntgenklimakteriums mit all seinen üblen Begleiterscheinungen. Demgegenüber muß bei dem heutigen großen Röntgenenthusiasmus doch darauf hingewiesen werden, daß eine konsequente Durchführung einer rationellen intrauterinen Therapie bei richtiger Indikationsstellung doch meist zu dauernder Heilung der Uterusblutungen im Sinne einer normalen Menstruation führt, so daß für die allermeisten Fälle dieser Art von einer eingreifenden Röntgentherapie Abstand genommen werden kann. Dazu kommt, daß von der Bestrahlungstherapie vielfach Abstand genommen werden muß, weil sie eben schlechterdings gar nicht zur Verfügung steht. Für hartnäckige Fälle von Uterusblutungen dieser Art bei jüngeren Frauen, für welche die Röntgenbehandlung nicht zu haben ist oder sich nicht eignet, können bewährte operative Maßnahmen immer noch von großer Bedeutung sein und den Vorzug

verdienen. Daß die Auskratzung mit oder ohne nachfolgender intrauteriner Therapie nicht immer zum Ziele führt, ist leider Tatsache. Nach meiner Erfahrung liegt dies daran, daß diejenigen Teile der Uteruswand und Uterusschleimhaut, welche hauptsächlich als die Quelle der pathologischen Uterusblutungen aufzufassen sind, bei den therapeutischen Maßnahmen nicht genügend getroffen und beeinflußt werden. Untersuchungen der menstruierenden Uterusschleimhaut haben ergeben, daß so ziemlich alle Schleimhautregionen sich in gleicher Weise bei der Menstrualblutung beteiligen. Anders aber ist es bei den pathologischen Blutungen; deren Quelle ist, wie ich durch meine Versuche beweisen zu können glaube, lediglich der Fundus uteri. Hierbei spielt das bei den pathologischen Blutungen meist beeinträchtigte Kontraktionsvermögen des Fundus eine maßgebende Rolle. Durch günstige Beeinflussung des Kontraktionszustandes des Fundus, z. B. durch Secacornin, können wir die Blutungen bessern. Bei der bloßen Auskratzung ist eine radikale Behandlung der Fundusschleimhaut schwierig; ich habe deswegen in solchen Fällen den Weg eingeschlagen, durch die Kolpotomie den Fundus herauszuwälzen, zu spalten und die Schleimhaut, lediglich des Fundus, nicht aber des übrigen Corpus uteri, herauszuschälen. Diese partielle Elimination der Fundusschleimhaut hat nun dauernd befriedigende Resultate gehabt insofern, als die pathologischen Blutungen niemals wiedergekehrt sind und normale Menstruationsverhältnisse auftraten. Bei den meisten so Operierten zeigten sich in den ersten Tagen nach der Operation vorübergehende Schweiß- und Kongestionen, welche sich später niemals wiederholten. Ich glaube, diese Erscheinungen als vorübergehende uterine Ausfallserscheinungen bezeichnen zu müssen. Diesen günstigen Einfluß der Ausschaltung der Fundusschleimhaut auf den Verlauf der Menstruation habe ich nun auch bei kleineren Myomuteri jüngerer Frauen verwerten können, bei denen ich zur Vermeidung der Ausfallserscheinungen die Bestrahlung nicht anwenden wollte. Wenn nämlich in solchen Fällen auf weitere Schwangerschaft verzichtet wurde, die Menstruation aber nicht entbehrt werden sollte, so habe ich den myomatösen Fundus durch Kolpotomie amputiert und einen menstruationsfähigen Uterusstumpf gebildet. Das ist ein einfaches und sicheres Vorgehen und, wie die Erfolge beweisen, von dauerndem Einfluß auf die Menstruation, die mit geringster Blutung normal verläuft. Wie bei allen meinen Operationen, so ist mir auch bei dieser Operation von entscheidendem Wert, was die Operierten nach Jahr und Tag von ihrer Operation halten, und ob sie mit ihrem Zustande völlig zufrieden sind; und da kann ich versichern, daß die Frauen in keinem Falle mit ihrer Dankbarkeit zurückhielten; sie erklärten ihren Zustand für glänzend und ihre Arbeitsfähigkeit und Lebensfreudigkeit für vollkommen. Ich glaube, daß die Enukleation der Fundusschleimhaut und die Fundusamputation durch die Kolpotomie mit vollständiger Schonung

der Adnexe bei der Behandlung mancher und für sie geeigneter Uterusblutungen einen bleibenden Platz in der gynäkologischen Therapie behalten wird.“ (Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 37.)

Diphtherie.

Leitsätze für Diphtheriebekämpfung. Von A. Dietsch (Aus dem Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten Charlottenburg). D. führte unter anderem folgendes aus: „Wir müssen ausgehen von der Erkenntnis, daß die Diphtherie vorwiegend von Mensch zu Mensch übertragen wird, und zwar abgesehen von dem Erkrankten selbst durch Dauerausscheider oder Bazillenträger, d. h. Personen, die entweder erkrankt waren oder die, ohne selbst wesentlich zu erkranken, die Bazillen von Erkrankten aufgenommen haben. Dagegen kommt die Uebertragung durch leblose Gegenstände nur wenig in Frage. Somit darf die Wirksamkeit einer Desinfektion von Wohnung und Inventar nicht überschätzt, vor allem nicht neben den leblosen Gegenständen, an denen Bazillen haften können, der gefährlicheren lebenden Infektionsträger vergessen werden. Diphtheriebazillen finden sich nicht, wie früher geglaubt wurde, ubiquitär bei beliebigen Gesunden, sondern Bazillenträger stehen stets im Zusammenhang mit Diphtherieerkrankungen, und zwar überwiegen nach unsern Beobachtungen die Dauerausscheider wesentlich über die nicht erkrankten Bazillenträger im engeren Sinne. Eine Uebertragung von ihnen aus erfolgt aber nicht bei flüchtigem Umgang, sondern nur in innigerem Verkehr. Der Ausbruch der Erkrankung ist nach erfolgter Bazillenaufnahme noch von Faktoren abhängig, die wir nicht völlig kennen. Alle Maßregeln gegen die Diphtherie müssen auf die Verhinderung einer Verbreitung der Keime durch Bazillenträger hinstreben. In diesem Sinne wirkt die gesetzlich geforderte Absonderung des Kranken, doch ist sie unvollkommen, wenn sie nicht durch bakteriologische Untersuchungen kontrolliert wird. Der Genesene darf vielmehr erst dann wieder in den freien Verkehr entlassen werden, wenn er bei mindestens zweimaliger Untersuchung frei von Bazillen befunden ist. Ebenso darf Pflegepersonal nur nach bakteriologischer Kontrolle wieder zu anderer Tätigkeit zugelassen werden. Gesetzlich erzwungen kann in der allgemeinen Praxis eine solche Ueberwachung noch nicht werden, aber es erscheint Pflicht der Aerzte, im Zusammenarbeiten mit den Untersuchungsämtern darauf hinzuwirken. Unsere Erfahrung zeigt, daß erfreulicherweise das Verständnis für diese Nachuntersuchungen auch im Publikum immer mehr zunimmt. Allzu groß ist in der Mehrzahl der Fälle das Opfer, das durch diese Untersuchungen verlangt wird, nicht, denn die Statistiken zeigen, daß nach 30 Tagen bereits 85% aller Erkrankten bazillenfrei sind, nach 60 Tagen 98%, so daß also nur vereinzelte hartnäckige Dauerausscheider größere Anforderungen an die Geduld stellen. Hierbei sei darauf hingewiesen, daß die Entnahme des Materials zu diesen Untersuchungen

sowie die Behandlung der Dauerausscheider sehr wohl vollwertige Zweige ärztlicher Tätigkeit bilden; denn die Entnahme muß in gründlichem Auswischen des Rachens oder der Nase bestehen, und die Behandlung hat von einer sorgfältigen Lokalinspektion auszugehen. Wenn uns auch ein einigermaßen zuverlässig wirkendes Mittel gegen die Bazillen fehlt, vor allem, wie nochmals betont sei, das Heilserum gänzlich machtlos ist, so können doch ein verdächtiger Schnupfen, zerklüftete Tonsillen oder Pfröpfe in ihnen, ja kariöse Zähne den Weg zu aktivem Eingreifen weisen. Am besten hat sich nach uns zugegangenen Berichten noch die Behandlung mit 1% Ammonium carbonicum und Wasserstoffsuperoxyd bewährt. Die Behandlung der Bazillenträger ist der vornehmste Punkt, dem sich alle Aufmerksamkeit der medizinischen Forschung zuwenden sollte. Eine Krankenhausbehandlung ist meist nicht möglich und angängig, und die häusliche Isolierung ist auf die Dauer kaum durchführbar. Es wird aber vielleicht auch zu erwägen sein, ob durch besondere Fürsorge, wie sie in den großen Städten auf anderen Gebieten geübt wird, die Isolierung der Infektionsträger erleichtert und weniger einschneidend gemacht werden könnte, als sie jetzt in den Fällen hartnäckiger Bazillenausscheidung ist. Nur in einem Falle sind wir in der Lage, auf die Fernhaltung und Behandlung der Bazillenträger energischer einzuwirken, bei der Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Die Schulbehörden haben nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, alle Maßnahmen zu treffen, die der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schule entgegenwirken. Aber außer der Familie und dem häuslichen Verkehr ist es die Schule, die besonders günstige Bedingungen für die Weiterverbreitung der Diphtherie bietet. Eine Hausinfektion kann durch Dauerausscheider zur Schulepidemie führen. Es ist die Erkenntnis wichtig, daß es echte Schulepidemien gibt, nicht nur Schulkinderepidemien, deren Quelle Haus, Familie und Straßenverkehr sind. Davon haben wir lehrreiche Beispiele kennen gelernt. Gegen die Ausbreitung in der Schule wenden sich daher folgende Bestimmungen der Charlottenburger Schulverwaltung: „Kinder, die an Diphtherie erkrankt waren, dürfen erst dann wieder zum Unterricht zugelassen werden, wenn sie bei zweimaliger Untersuchung frei von Bazillen sind. Dasselbe gilt von Geschwistern erkrankter Kinder oder anderen im Schuldienst tätigen Familienmitgliedern. Die Entnahme der Proben, die dem Untersuchungsamt zu übersenden sind, erfolgt, wenn nicht durch den behandelnden Arzt, kostenlos durch den Stadtarzt. Kommen in einer Schule oder in irgend einer Anstalt Häufungen von Diphtheriefällen vor, so ist durch methodische Untersuchungen auf die Anwesenheit von Bazillenträgern zu fahnden und deren Ausschließung vom Unterricht zu veranlassen. Eine Schließung der Klasse oder Schule erfolgt nur aus schultechnischen Gründen oder zur Desinfektion, und auch diese wird auf das unbedingt erforderliche Maß beschränkt.“ Daß diese Maßnahmen etwas erreichten, haben uns zahlreiche Beobachtungen dieses und

des letzten Winters gezeigt. Es ließ sich in Charlottenburg vermeiden, eine Schulklasse wegen Diphtherie zu schließen, und Klassen, in denen Häufungen auftraten, blieben nach Ausschaltung der Bazillenträger von weiteren Erkrankungen verschont. Die konsequente Durchführung der Fernhaltung von dem Unterricht stößt auf Schwierigkeiten bei sehr langer Dauer der Bazillenausscheidung. Es handelt sich ja nur um vereinzelte Fälle, und so wurde versucht, nach mehr als zweimonatlicher Schulversäumnis Ausnahmen zuzulassen unter der Voraussetzung genügender hygienischer Erziehung und weiterer Kontrolle. Hier würde die oben erwähnte Fürsorge eintreten können. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß eine wirksame Diphtheriebekämpfung nicht allein durch Absperrung der Kranken und ihrer Angehörigen, durch schematische Karenzzeit Schulschließung und Desinfektion zu erreichen ist, sondern nur durch Zuziehung der bakteriologischen Kontrolle. So ist die Diphtheriebekämpfung eine Aufgabe, die nur durch gemeinsame Arbeit der behandelnden Aerzte, der Untersuchungsämter und der Behörden gelöst werden kann. In der sicheren Feststellung der Quellen der Infektion ist allein die Möglichkeit wirksamer Verhütung gegeben.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 7.)

Zur Diagnose der larvierten Diphtherie im jungen Kindesalter. Von Blochmann (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Göttingen). Wie bekannt, verläuft die Diphtherie beim Neugeborenen stets als Nasendiphtherie in chronischer, scheinbar harmloser Form. Wohl sieht das Kind öfters zu Anfang recht verfallen aus, aber nur, wenn das Brusttrinken Schwierigkeiten macht und das Kind daher düstet. So sollte ein wenige Tage altes Ammenkind, das ungefähr 24 Stunden erkrankt war und nachts schlecht getrunken hatte, klinisch demonstriert werden, um den Studenten den Eindruck des Schwerkrankseins beim jungen Kinde zu zeigen. Eine Flasche Tee, die ihm vorher gereicht wurde, belebte das Kind so, daß es in keiner Weise mehr als krank auffiel. So kann B. sagen, daß sechs Neugeborene, die an Nasendiphtherie erkrankt waren, keinesfalls elender aussahen, als gleichaltrige an Schnupfen erkrankte, die zum Vergleich untersucht wurden. Nur bei den in den ersten fünf bis sechs Tagen erkrankten macht mitunter diphtherische Nabelentzündung auf die Natur des Leidens aufmerksam; und diese kann denn auch durch Bauchfellentzündung zum Tode führen. Ob sich in diesem Alter schon ein chronischer Verlauf der Nasendiphtherie entwickeln kann, konnte B. nicht feststellen, da alle Fälle rechtzeitig mit Heilserum behandelt wurden. Aber auch bei ihnen ist der Verlauf ein im wesentlichen fieberloser. Die chronische Nasendiphtherie des älteren Säuglings ist bekannt genug; nur hüte man sich, den in den Lehrbüchern als pathognostisch hervorgehobenen blutig-eitrigen Ausfluß zu erwarten, der fehlt in einer Reihe von Fällen auch dauernd. So bei einem sechs- bis siebenmonatigen Kinde, das über

sechs Wochen hindurch an schwerem Schnupfen ohne Ausfluß litt, aber auffällig appetitlos und krank war, und schließlich nach sechswöchiger Krankheitsdauer an Krupp zugrunde ging. In anderen Fällen macht Uebergang auf die Konjunktiva auf das Leiden aufmerksam. In weitem, gewiß nicht häufigen Fällen kann sich die Erkrankung vom Nasenrachenraum auf das Mittelohr fortsetzen, wie die Fälle von **D u e l** und **P o l l a c k** beweisen, ohne daß in der Nase direkt etwas nachgewiesen wird. **B.** sah in einem Falle bei einem Brustkinde unter den Zeichen des Verschlusses des Nasenrachenraumes eine diphtherische Nekrose des gesamten Trommelfelles einer Seite. In einem zweiten Falle, bei dem die Nasenuntersuchung einen negativen Befund ergab, wurden durch Parazentese beiderseits reichlich fibrinöse Membranen entleert; allerdings war hier bei eingehender Untersuchung der Nachweis von Diphtheriebazillen nicht zu führen gewesen. Freilich sind diese Fälle wohl selten; aber vielleicht, wenn man diesen Krankheitszuständen eine sorgfältige Aufmerksamkeit schenken würde, würde man sie nicht mehr als Raritäten betrachten müssen. Stets wird die Lokalisation in der Nase für den Säugling die wichtigste bleiben. Daß diese Erkrankung jedoch nicht auf das Säuglingsalter beschränkt ist, beweist der Fall eines achtjährigen Knaben, der wegen „skrofulösen Schnupfens“ in unsere Behandlung kam. Die sorgfältige Untersuchung der Nase ergab auch hier diphtherische Beläge auf einer Muschel; die bakteriologische Untersuchung sicherte die Diagnose. Die Untersuchung der Nase hat **B.** nun auch bei allen Schnupfenerscheinungen angewendet, die während der akuten Erkrankungen in irgendeiner Weise Verdacht erregten; so fand er bei zwei Masernkindern, einmal kurz nach Beendigung des Exanthems, im anderen Falle zwei Wochen später, während zugleich Pneumonie bestand, eine diphtherische Rhinitis. Es ist ja bekannt, wie leicht Masern sich mit diphtherischer Erkrankung verbinden und wie traurig die Prognose des diphtherischen Krupps bei Masern ist. Vielleicht würde gerade eine häufiger vorgenommene Nasenuntersuchung bei Masernkranken uns den ersten Infekt kennen lehren und uns eine erfolgreiche Therapie mit frühzeitigen Injektionen von Heilserum ermöglichen. Die Grippe-Epidemie des Spätwinters lehrte **B.** dann weitere Kombinationen von Diphtherie kennen. So sah er bei einem Kinde, das lange Zeit wegen Lungenentzündung auf einer Abteilung lag, auf der es in keiner Weise einer Infektion ausgesetzt war, mit einem Male einen Schnupfen auftreten, während die Lungenentzündung im Rückgange sich befand. Die Nasenuntersuchung, die nach zwölf Stunden vorgenommen wurde, zeigte diphtherische Beläge am Septum, zugleich war Heiserkeit und Stenose eingetreten. Bei einem achtmonatigen Brustkinde komplizierte sich in unauffälliger Weise eine seit etwa 2 $\frac{1}{2}$ Wochen bestehende Bronchitis durch Schnupfen und etwas heiseren Husten; auch hier ergab die Nasenuntersuchung rechtzeitig die richtige Diagnose. Außer der Nasendiphtherie spielen die anderen Formen lar-

vierter Diphtherie eine geringe Rolle, so die Diphtherie der Vulva, die B. einmal bei einem vierjährigen Kinde sah, und die Diphtherie bei intertriginösen Ausschlägen. Doch kann sich einmal an eine solche Erkrankung des jüngsten Kindes eine regelrechte Diphtheria faucium zweier anderer Kinder der Familie anschließen, wie es beispielsweise in einer Beobachtung der Fall gewesen ist. Nur die richtige Erkenntnis derselben kann anzeigen, daß auch die anderen Kinder der betreffenden Familie von Diphtherieinfektion bedroht sind. Als Rarität mag ein Fall von Anusdiphtherie gelten, der bakteriologisch nur wahrscheinlich gemacht ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1911 Nr. 39.)

Encephalitis.

Geheilte Fall von Polioencephalitis haemorrhagica superior. Von Dr. O. Fischer (Prag). In den in Rede stehenden Fällen haben sich die Grundsymptome der Polioencephalitis haemorrhagica superior entwickelt: Ophthalmoplegie, Kleinhirntaxie und Delirium. Wenn auch der Ausgang in Genesung bei der Wernicke'schen Erkrankung zu den Ausnahmen gehört, so ist dies differentialdiagnostisch bedeutungslos. Als anatomisches Substrat ist kaum etwa anderes als mehrfache kleinste Destruktionsherde in der Okulomotoriusgegend anzunehmen. Da die Krankheit beinahe restlos abheilte, sind kleinste Blutungen am wahrscheinlichsten. Also auch darin eine Uebereinstimmung. Nur in der Aetiologie findet sich eine weitgehende Differenz, denn die Wernicke'sche Polioencephalitis haemorrhagica betrifft wohl ausnahmslos schwere Alkoholiker; in Verfassers Fall ist aber der Alkoholismus ganz ausgeschlossen. Es fehlten auch sonst alle als eventuelle ätiologische Momente anzusehende Faktoren. Die Aetiologie ist unklar. Wenn aber Verfasser seinen Fall dennoch zur Polioencephalitis haemorrhagica superior Wernicke rechnet, so tut er dies trotz der ätiologischen Differenzen nur wegen übereinstimmender Symptomatologie. Bei dieser Uebereinstimmung dürfte auch eine ähnliche Lokalisation der Hämorrhagien anzunehmen sein wie in den anderen obduzierten Fällen. Verfasser meint, daß die Ophthalmoplegie in seinem Falle bedingt gewesen sei durch Herde in der Kernregion des Okulomotorius und die Störung der Lokomotion, eine typische Kleinhirntaxie, durch Herdchen in den Bindearmen, Zeichen für eine Läsion der Pyramidenbahn fehlten vollends. Die auf eine Kleinhirnerstörung zu beziehenden Symptome waren Schwindel, typische Astasie und Abasie und ausgesprochene Adiodokokinesie. Dabei waren auch die feineren Bewegungen namentlich der Hände erschwert, ohne daß auch ein einziges Symptom für die Mitbeteiligung der Pyramidenbahn oder eine Erkrankung des Großhirns gesprochen hätte. Die Erkrankung der Bindearme war doppelseitig, doch muß sie auf der einen Seite intensiver gewesen sein, da die Motilitätsstörung der linken Extremitäten früher verschwand. Dabei ist eines besonderen Symptoms zu

gedenken; nachdem in der Rekonvaleszenz die linke Seite bereits eine normale Motilität erlangt hatte und dem Patienten ständig eine Kontrolle zur Verfügung stand, merkte er, was auch objektiv nachweisbar, daß nicht nur die rechten Extremitäten, sondern auch die rechte Gesichtshälfte langsamer der willkürlichen Innervation folgten. Eine derartige Abhängigkeit der Gesichtsmuskulatur von der Kleinhirntätigkeit ganz im Sinne der Adiodokokinesis ist anscheinend in der Literatur bis jetzt nicht erwähnt. Außer den genannten Motilitätsstörungen war in dem Falle auch eine ganz eigentümliche Veränderung der Sprache vorhanden, die sich von den gewöhnlichen Sprachstörungen wesentlich unterschied. Beinahe in allen Fällen von Polioencephalitis haemorrhagica wird von einer Störung der Sprache, die als lallend und schwer verständlich bezeichnet wird, gesprochen, ohne daß aber die Frage nach der Pathogenese derselben berührt wurde. Verfasser hatte in seinem Falle Gelegenheit, die Sprachstörung durch die lange Zeit der Rekonvaleszenz zu beobachten, und es zeigte sich hierbei, daß das Charakteristische der Störung darin bestand, daß die schnelle und abwechselnde Bewegung der einzelnen Sprechmuskeln und das geordnete Zusammenwirken (Diadokokinesis) in ihrem Ablauf gehemmt waren. Eine ähnliche Störung zeigt sich aber auch in der gesamten Körpermuskulatur in Form einer Adiadokokinesis Babinsky. Diese ist ein ausgesprochenes Kleinhirnsymptom, und sieht Verfasser auch die Sprachstörung als eine Folge der Störung der Kleinhirnfunktion an. Bei einer Motilitätsstörung von der Art der Kleinhirnataxie und Adiadokokinesis sollte man nun von vornherein auch eine Beeinträchtigung der Schrift erwarten, da doch die Schrift das Resultat feinst koordinierter und genau modulierter Bewegungen ist. In Verfassers Fall fehlte Tremor, und die Schriftstörung hatte einen ganz besonderen Charakter: große Buchstaben machte der Patient recht gut, bei kleinen Buchstaben, besonders aber, wenn er schnell schreiben sollte, wurde die Schrift unleserlich, beinahe wie die eines vollkommen Agraphischen. Ein absolut zwingender Beweis für die Richtigkeit der hier angegebenen Auffassung der Pathogenese der genannten Störungen kann, da es zur Sektion nicht kam, nicht gegeben werden. Als ein wesentliches und nicht zu unterschätzendes Moment erwähnt Verfasser aber, daß sich die Kleinhirnataxie und die Sprach- und Schriftstörung in ziemlich gleichem Tempo zurückgebildet haben. (Zeitschrift für Neurologie 8, 4. —

Deutsche Medizinal-Zeitung 1912 Nr. 29.)

Epilepsie.

Ueber Arsenocerebrin, ein spezifisches Heilmittel gegen Epilepsie.
Von L. Lion (St. Petersburg). L. wendet eine Kombination von Extract. cerebri und Natr. cacodylic. subkutan an und sagt über das Mittel:

1. Es ruft absolut keine schädlichen Nebenwirkungen und keine ernstesten Folgen, selbst bei monatelangem Gebrauch, hervor. Also: Non nocet!

2. Die Wirkung tritt ziemlich schnell ein, oft schon nach einigen Tagen, gewöhnlich nach zwei bis drei Wochen. Nach zwei bis drei Monaten verschwinden die Anfälle gänzlich, und bei Behandlung während weiterer drei Monate kehren sie nicht mehr zurück. Selbstverständlich gibt es Ausnahmen (sehr schwere oder veraltete Fälle, wo z. B. die erste Wirkung erst nach zwei bis drei Monaten eintritt und wo die Dauer der Kur sich auf acht bis zehn Monate verlängert). Ich kann mich aber solcher Fälle nicht erinnern, wo die Wirkung bei streng systematischer und ununterbrochener Behandlung gänzlich ausblieb. Da meine Erfahrung mit Arsenocerebrin jetzt auf mehr als 150 Fällen basiert und mit Extractum cerebri fast 600 Fälle umfaßt, so erlaube ich mir, meine Methode als eine spezifische anzusehen.

3. Obwohl ich neben Arsenocerebrineinspritzungen auch Bromide verabreiche, genügen hierzu ganz kleine Dosen von 1—2 g pro die. Die negative Seite einer systematischen Bromkur fällt also weg.

4. Endlich ist die Diät bei Arsenocerebrin die gewöhnliche Diät eines Nervenkranken. Es ist nicht nötig, Fleisch und Salz auszuschließen.

Was die Anwendungsweise und Dauer der Behandlung betrifft, so muß ich vorerst bemerken, daß eine schablonenhafte Behandlung hier — wie überall in der Medizin — nie zum Ziele führt und zu oft Enttäuschungen bringt. In mittleren Fällen ist die Dauer der Behandlung ungefähr auf sechs Monate zu berechnen, in leichten auf drei bis vier Monate, in schweren auf acht bis zehn Monate; ich meine, bis völlige Sistierung der Anfälle eintritt. Arsenocerebrin wird in Ampullen dargestellt, die 2,0 Flüssigkeit enthalten; darin ist schon die nötige Quantität von Arsen. Es werden je nachdem drei- bis sechsmal wöchentlich je eine bis zwei Ampullen eingespritzt. In leichteren Fällen genügen gewöhnlich drei Einspritzungen wöchentlich von je einer Ampulle. In schwereren Fällen mache ich jeden zweiten Tag eine doppelte Einspritzung (zwei Ampullen auf einmal) und in den schwersten Fällen noch mehr. Sobald die Anfälle seltener und schwächer werden, wird die Dosis allmählich verringert. (Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Ueber Zebromal, ein neues Antiepileptikum. Von P. Jödicke. (Aus den Kückenmühler Anstalten in Stettin.) Zebromal (E. Merck, Darmstadt) ist ein Dibromzimtsäuremethylester mit 48% Brom. Nach J.'s klinischen Beobachtungen empfiehlt es sich, zur Erreichung einer krampfherabsetzenden Wirkung für leichteste Fälle von Epilepsie mit monate- oder jahrelangen Anfallspausen eine bis zwei Tabletten pro Tag zu geben, für leichtere Grade mit nur wöchentlichen Krämpfen drei bis vier Tabletten, während für das Gros der Epilepsie mit wöchentlich mehreren Konvulsionen erst mit täglichen Gaben von vier bis sieben Tabletten eine günstige Beeinflussung der Krankheit erhofft werden kann. Dagegen möge die Behandlung der Patienten, deren Krampfparoxysmen

jeden Tag schwer und zahlreich auftreten, d. h. also bei den verzweifeltsten, allerschwersten Fällen, den altbewährten Bromalkalien vorbehalten bleiben. Bietet schon die Ernährung dieser Kranken, die fast ausschließlich an einer raschen Zunahme des geistigen Verfalls leiden und in vollständiger Demenz und Stumpfheit allmählich ihren Abschluß finden, im allgemeinen große Schwierigkeiten, so kann schon dadurch eine Verordnung von mehreren Tabletten pro Tag, die ein Zerkleinern mit den Zähnen benötigen, unmöglich gemacht werden. Bei einer Patientin dieser Art wurde noch nach drei Stunden eine gereichte und in den Mund applizierte Zebromaltablette unversehrt in der Bockentasche vorgefunden, trotzdem ein Glas Wasser zum Nachspülen gereicht und geschluckt war. Es ergab sich, daß das Mittel trotz seines Nachgeschmackes nach Zimtester von allen Patienten gern genommen wurde. Trotz eifriger Nachforschung wurden Klagen in dieser Hinsicht nie vorgebracht. Herabsetzung des Appetits, Schädlichkeiten des Magen- und Darmtrakts sowie Alterationen der Herztätigkeit hat J. während dieser Zeit nicht wahrgenommen. Die antikonvulsiven Wirkungen des Präparates traten relativ schnell ein; dagegen gelang es ebenso ohne Schwierigkeit, größere Anhäufung von Bromionen im Körper durch Reduktion der Tagesdosen sowie durch Zufuhr von Kochsalz leicht zu eliminieren. J.'s Versuche mit Zebromal sprechen für eine hohe spezifisch antiepileptische Wirkung. Es ist bisher das einzige Bromersatzpräparat, das bei nicht unangenehmem Geschmack schädliche Einflüsse auf die Verdauungsorgane vermeidet, dabei in handlicher Tablettenform große Menge Brom, die hauptsächlich im Blute zirkulieren, in den Organismus einzuführen gestattet. Es besitzt daher ebenso wie die Bromalkalien, ohne deren Nachteile zu zeigen, einen besonderen therapeutischen Wert bei der Behandlung der Epilepsie. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 7.)

Luminal bei Epilepsie. Von Dr. A. Hauptmann (Psychiatrische und Nervenlinik der Universität Freiburg). Wenn H. seine Erfahrungen zusammenfaßt, so scheint das Luminal geeignet zu sein, Epilepsie in dem Sinne günstig zu beeinflussen, daß es die Zahl und Schwere der Anfälle herabsetzt. Sein Anwendungsgebiet wird es hauptsächlich bei jenen allerschwersten Fällen von Epilepsie finden, welche selbst durch die höchsten Bromdosen nicht mehr beeinflußt werden. Mittelschwere Fälle werden schon durch Dosen von 0,15—0,2 pro die anfallsfrei gemacht, bei schweren braucht wohl nicht über 0,3 hinausgegangen zu werden. Irgend welche schädigende Nebenwirkungen sind selbst nach monatelanger täglicher Verabreichung nicht beobachtet worden, speziell trat keine kumulierende Wirkung auf. Es kann deshalb auch in den leichteren Fällen das Brom dort, wo dieses infolge seiner Nebenwirkungen unangebracht erscheint, zweckmäßig ersetzen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Versuche mit einer neuen Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost („Sedobrol“). Von Privatdozent Dr. Hans W. Maier (Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich). Verfasser verabreichte an 20 Personen über 2000 Tabletten, die unter dem Namen „Sedobrol“ nächstens der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden sollen. Jede Tablette wiegt 2 g, enthält 1,1 g Bromnatrium, nur 0,1 Kochsalz, und dazu als Würze kochsalzfreie pflanzliche Extraktivstoffe und etwas Fett. Eine Tablette löst sich leicht in 100 g heißen Wassers und gibt ohne jeden weiteren Zusatz eine schmackhafte Suppe, die wie eine gut gesalzene Fleischbrühe mundet, in Wirklichkeit aber also eine etwa 1% Bromnatriumlösung darstellt. Verfasser machte den Versuch, verschiedenen Kollegen die so bereitete Suppe vorzusetzen, wobei keiner den Eindruck hatte, es sei darin ein Arzneimittel enthalten. Sämtliche Kranke, denen man die Bromsuppe verordnete, nahmen sie mit großem Appetit zu sich; diejenigen, die früher gewöhnliche kochsalzlose Suppe mit Na.Br.-Zusatz erhalten hatten, erklärten, daß dieses Gemisch ihnen bald widerlich gewesen, während „Sedobrol“ Monate hindurch gleich schmackhaft mundet. Im Zusammenhang mit dieser Medikation auftretende Verdauungsstörungen ließen sich nicht nachweisen. Bei der Verordnung geht Verfasser so vor, daß er mit einer oder zwei Tabletten, in je 100 g heißen Wassers gelöst, mittags und abends begann, und wo nötig auf zweimal zwei Stück im Tag stieg. Zwei Würfel in der entsprechenden Lösung ergeben etwa einen Teller Suppe. Verfasser ließ die Patienten im übrigen bei ihrer gewohnten Nahrung, empfahl ihnen nur, die übrigen Speisen nicht mehr zu salzen, wie sie aus der Küche kommen. Auf diese einfache Art erreicht man eine mäßige Kochsalzreduktion, die nach Verfassers Erfahrung durchaus innerhalb zweckmäßiger Grenzen bleibt. Bei den früheren Versuchen mit salzarmer Brombehandlung, bevor er die „Sedotabletten“ kannte, sah Verfasser öfters Erscheinungen von Bromismus auftreten; in der jetzigen Versuchsreihe erreichte er die gewünschte Wirkung mit maximal vier Tabletten pro die, wobei nie toxisch-psychische Erscheinungen auftraten. Es mag das zum Teil davon herkommen, daß die Kranken, wenn man ihnen gewöhnliche salzlose Suppen mit Bromnatriumzusatz empfiehlt, mit dem Kochsalzentzug auch in anderen Speisen in der besten Absicht zu weit gehen; Verdauungsstörungen wurden bei der „Sedo“-Medikation nicht beobachtet.

Faßt man die Erfahrungen mit der vorläufigen Versuchsreihe von 20 Patienten zusammen, so ergibt sich folgendes:

1. Die „Sedobrol“-Tabletten stellen eine durchaus originelle Form dar, um die Bromzufuhr mit einer in mäßigen Grenzen gehaltenen Kochsalzreduktion zu verbinden.
2. Die Darreichung geschieht in Form einer schmackhaften Suppe, die keine Magen- oder Darmbeschwerden verursachte. Infolgedessen wirkt die Medikation auf den Patienten psychisch wie eine Diätvorschrift,

was gerade für die einschlägigen Fälle von chronischer Epilepsiebehandlung und bei Neurotikern suggestiv wichtig sein dürfte.

3. Die Dosierung der Kochsalzreduktion bei ambulanten Kranken ist einfach, indem man nur die hauptsächlichste NaCl-Quelle unserer Nahrung — die gewöhnliche Suppe — durch die „Sedo“-Suppe ersetzt.

4. Im klinischen Betrieb kann die „Sedo“-Suppe vom Pflegepersonal des Krankensaales zubereitet werden, da hierzu nichts als heißes Wasser nötig ist; jede Komplizierung des Küchenbetriebes durch besondere Zubereitung salzloser Kost fällt dadurch weg.

5. In geschlossenen Blechgefäßen aufbewahrt, hielten sich die Tabletten während der Versuchszeit gut; sie sind entsprechend dem Bromgehalt leicht hygroskopisch.

6. Die Bromwirkung bei der Anwendung des Mittels erwies sich als eine milde, aber schon in kleineren Dosen ausgiebige. Psychische Zeichen von Bromismus wurden nie beobachtet.

Bei der Wichtigkeit, die in neuerer Zeit von den verschiedensten Seiten der Kochsalzreduktion bei der Bromdarreichung beigemessen wird, stellen die „Sedobrol“-Tabletten eine Kombination dar, die von großer praktischer Bedeutung ist. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 36.)

Erytheme.

Ueber Verhütung des Sonnenerythems durch Zeozonpaste. Von Dr. M. Klotz. An der Breslauer und Straßburger Kinderklinik hat K. bei der Sonnen- und Freiluftbehandlung tuberkulöser Kinder schmerzlich die Existenz eines gut wirkenden Schutzmittels gegen das Sonnenlicht vermißt. Besonders im Frühling reagiert die Haut des Säuglings und jüngeren Kindes sehr intensiv selbst auf nur kurzdauernde Sonnenbestrahlung. Werden im Sommer die Kinder zum erstenmal in den an der Czerny'schen Klinik gebräuchlichen Freiluftanzügen — deren Schnitt Escherich gelegentlich eines Besuches in Straßburg so zweckmäßig erschien, daß er sie in seiner neuen Wiener Klinik einführen wollte — der vollen Sonne ausgesetzt, so kann man oft alle Grade der Dermatitis beobachten. Von der einfachen schmerzhaften Hautröte bis zur schwersten Blasenbildung, die erst in 7 bis 14 Tagen völlig abgeheilt ist. Da die Haut individuell außerordentlich verschiedengradig auf Insolation reagiert, so läßt sich eine Prophylaxe nach festen Normen gar nicht durchführen. Man war vielmehr gezwungen, jedes Kind sorgfältig nach und nach heliotherapeutisch zu behandeln, und verlor dadurch absolut und relativ kostbare Zeit. Denn ein wolkenloser Zeus blaut leider nicht allzu oft über deutschem Boden. Hier füllt nun ein neues pharmazeutisches Präparat, eine Zeozon genannte Paste, wirklich ein dringendes Bedürfnis aus. Dieses Präparat soll nach den Angaben der Hersteller (Kopp und Joseph - Berlin) in 3%iger Konzentration gegen „Sonnenbrand, Epheliden“, dagegen 7%ig als „Ultrazeozon“ gegen „Gletscherbrand“

prophylaktische Dienste leisten. Das wirksame Prinzip stellen farblose, wasserlösliche Aesculinderivate dar, denen nach M a n n i c h und Z e r n i k dieselbe Eigenschaft zukommt, wie dem Chininsulfat: die ultravioletten Sonnenstrahlen unschädlich zu machen. K. hat das Zeozon erprobt und die Schutzwirkung in allen Fällen konstatiert. Mit Hilfe der Zeozonpaste gelingt es unterschiedslos, alle Kinder sofort ad libitum den Strahlen der Sommersonne auszusetzen, ohne Gefahr zu laufen, die gefürchteten Dermatitisiden zu sehen. Zu beachten ist nur zweierlei: Dickes Auftragen der Paste und Verwendung des 7%igen Präparates „Ultrazeozon“. Das 3%ige vermag Irritationen der Hochsommersonne, namentlich bei zarten Kindern und Säuglingen, nicht absolut zu verhüten. Ultrazeozon wirkt dagegen sicher. Das Präparat ist angenehm parfümiert, fleischfarben und an sich ohne jede schädliche Nebenwirkung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 2.)

Frakturen und Luxationen.

Ueber Kieferbruchverbände schreibt Dr. H o f f e n d a h l, Lehrer der Zahnheilkunde an der Kgl. Universität, Berlin: „Um einem Patienten mit einem Kieferbruche sogleich durch Fixierung der Bruchstücke Linderung in seinem qualvollen Zustande zu verschaffen, lassen sich provisorische Notverbände in Anwendung bringen. Sind die der Bruchstelle benachbarten Zähne fest und gesund, so genügt nach Reponierung der Frakturstücke eine einfache Seiden- und Drahtligatur, die um die Zahnhäse gelegt wird, um eine weitere Dislokation zu verhindern. Besser wird die Fixierung der Fragmente durch den S a u e r 'schen Notverband erreicht: Ein $1\frac{1}{2}$ bis 2 mm starker verzinnter Eisen- oder Aluminiumbronzedraht wird in Form des normalen Unterkiefers gebogen, labial bis zu den zweiten Molaren entlang geführt, und mit Bindendraht an den Zahnhäsen sämtlicher Zähne befestigt, ohne daß ein Druck auf die Interdentalspapillen oder das Zahnfleisch ausgeübt wird. Stehen nur wenige oder nur lockere Zähne in dem gebrochenen Kiefer, so wird der M o r e l - L a v a l l é e 'sche Guttaperchaverband bei großer Einfachheit mehr Aussicht auf einen guten Erfolg bieten. Man bindet hierzu mittelst Drahtligaturen die dem Bruche zunächststehenden Zähne untereinander fest, um sie in der richtigen Lage zu erhalten, dann erweicht man einen Streifen Guttapercha von etwa 8 bis 12 cm Länge und 1 bis 2 cm Dicke in heißem Wasser und drückt ihn auf die Zahnreihe, so daß die Zähne fast hindurchdringen. Hierauf läßt man den Mund schließen, um Eindrücke der Zahnkronen des anderen Kiefers zu gewinnen, und begünstigt den Erstarrungsprozeß der Guttapercha durch Eis oder kaltes Wasser. Nach dem Erhärten modelliert man die aus dem Munde herausgenommene Schiene und drückt sie dann wieder fest auf die Zahnreihe. Ist ein zahnloser Unterkiefer gebrochen, dessen Besitzer gut artikulierende Ersatzstücke trägt, so erreicht man eine Fixierung der Bruch-

stücke dadurch, daß man die Prothese in den Mund bringt und den gebrochenen Unterkiefer mittelst eines Kinntuches oder ähnlichem fest gegen die Basis des mit den Oberkieferzähnen artikulierenden Unterstückes drückt. Da hierbei die Kiefer fest geschlossen bleiben müssen, ist für eine Lücke im Bereiche der Frontzähne — durch Ausbrechen eines künstlichen Zahnes usw. — Sorge zu tragen. (Medizin. Klinik 1912 Nr. 27.)

Ein Beitrag zur Kenntnis der isolierten Frakturen des Tuberculum maius humeri. Von Dr. Melchior (Aus der Chirurgischen Klinik zu Breslau). Melchior berichtet an der Hand von 30 Fällen über den Bruch des großen Höckers des Oberarmknochens. Die Verletzung kommt in der Regel durch Einwirkung einer direkten Gewalt, meistens durch Fall gegen die Schulter zustande. Indirekte Brüche sind selten und können entstehen durch starke Elevation des Armes, wobei der Höcker gegen das Olekranon gepreßt und abgesprengt wird, oder durch Fall auf die ausgestreckte Hand. Die Krankheitserscheinungen bestehen in Schmerz in der Schulter, Einschränkung der aktiven Beweglichkeit bei Erhaltung der passiven, sowie in Druckschmerz in der Gegend des großen Höckers. Eine exakte Diagnose kann nur durch eine Röntgenaufnahme gestellt werden, die bei außen rotierendem Oberarm gemacht werden und auch die gesunde Schulter umfassen soll. Man unterscheidet Fissuren, unvollständige und vollkommene Absprengungen; bei letzteren kann das Bruchstück nach oben, außen und hinten oder nach unten verlagert sein. Auf dem Röntgenbilde läßt sich die Bruchlinie noch nach Jahren erkennen, Kallusbildung nur sehr selten feststellen.

Die Prognose hängt in erster Linie davon ab, ob die Verletzung frühzeitig in eine sachgemäße Behandlung kommt. Diese kann sehr einfach sein. In frischen Fällen wird der Arm für ein bis drei Tage in eine Mitella gelegt; dann beginnen Massagen, sowie passive und aktive Bewegungen. Die Dauer der Behandlung beträgt nicht unter vier Wochen, in hartnäckigen Fällen bis zu mehreren Monaten.

(Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 35. —
Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 18.)

Fremdkörper.

Ein Berufsunfall durch Fremdkörperverletzung der rechten Paukenhöhle infolge Eindringens eines Reisigzweiges. Von Dr. Josef Eiselt. Der Fall betrifft einen Waldarbeiter, der zwischen einem Holzstoß und einer Fichte, deren Aeste bis an den Boden reichten, ausglitt und nach rechts auf die Seite sprang. Als er sich tief neigte, drang ihm ein dürre, etwa 15 cm langer Fichtenzweig tief in das rechte Ohr. Er empfand einen äußerst intensiven Schmerz und zog sich den Zweig selbst heraus. Hierbei spürte er nichts davon, daß noch ein Stück des Zweiges tief im Ohr abgebrochen und stecken geblieben ist. Er gab an, daß es beim

Herausziehen des Zweiges nicht geblutet habe. Erst nach zehn Minuten erfolgte eine tropfenförmige Blutung aus dem Ohr, weswegen er es mit Baumwolle verstopfte. Trotzdem sickerte die ganze Nacht langsam das Blut durch den Tampon. Nun ging der Verletzte zum Arzt, der den Gehörgang fest tamponierte. Erst am dritten Tage sistierte die Blutung. Seit dem Auftreten der Gehörgangsblutung entleerte sich hier und da auch eine geringe Menge Blut durch den Mund. Die Gegend des Tragus, die Fossae mastoidea, die Spitze des Proc. mast. waren sehr empfindlich, nicht ödematös. Am vierten Tage begann das rechte Ohr mäßig zu eitern, und die Schmerzen ließen nach. Es bestand überaus starkes Ohrensausen und -rauschen, die Schwerhörigkeit war ganz bedeutend. Nunmehr stellte Verfasser fest: im vorderen unteren Quadranten im Trommelfell eine federkiel dicke Ruptur. Da ein Fremdkörper nicht getastet werden konnte, hielt es Verfasser für beginnende traumatische Mittelohreiterung, empfahl Trockentamponade, heiße essigsaure Tonerde-Umschläge und Bettruhe, worauf sich bei geringer Eitersekretion allmählich die Beschwerden verminderten. Bei der Untersuchung am 11. — 14 Tage nach dem Unfall — wurde nach sorgfältiger Trockenaustupfung des Gehörganges an der Stelle der Ruptur beim Austupfen ein Widerstand fühlbar, der sich bei der Sondenbetastung als Fremdkörper erwies. Verfasser entfernte ihn mit der knieförmig gebogenen Hakenpinzette und erkannte ihn als das abgebrochene, im Mittelohr stecken gebliebene, $1\frac{1}{2}$ cm lange Ende des Reisigzweiges. Die Schmerzen hierbei waren ganz enorm, aber auch die Erleichterung manifest; bei weiter fortgeleiteter Trockenbehandlung sistierte nach drei Tagen die Eiterung. Nach neun Tagen war die Stelle der Ruptur vernarbt. An diesem Tage wurde die Uhr schon etwa 5 cm von dem Ohr entfernt gehört, das Sausen und jede andere Beschwerde war verschwunden. Nun gab der Patient an, er fühle ein Verklebt-, ein Verstopftsein in diesem Ohr. Die Verletzung bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit durch 23 Tage. Es ist aber ohne weiteres zuzugeben, daß, wenn der Fremdkörper nur einige Tage früher gesichtet worden wäre, vor dem 21. Tage die Restitutio ad integrum erfolgt und in forensischer Hinsicht der Fall als leichte körperliche Verletzung (nach österreichischem Recht) zu begutachten gewesen wäre. Daß der Fremdkörper an dieser Stelle nicht vermutet wurde, daran trägt die Schuld das täuschende Aussehen, da es sich ansah wie eine Trommelfellruptur, die durch Blutgerinnsel verstopft war. Ferner glaubt Verfasser, daß im Verlauf der vierzehn Tage seit der Verletzung sich um den vorderen proximalen Teil des Fremdkörpers Granulationen entwickelt haben, die ein wenig aus dem Niveau des Trommelfelles hervorragten, so daß der Fremdkörper tastbar und faßbar wurde. Beim Zustandekommen der Verletzung ist dem Kranken also das Ende des Reisigzweiges, etwa in der Gegend des Reflexes des rechten Trommelfelles, wahrscheinlich in der Richtungslinie nach der Tuba Eustachii, ins Mittelohr eingedrungen, und da er

den morschen Zweig herausziehen wollte, knapp am Trommelfell abgebrochen, wobei der eingedrungene Fremdkörper als Tampon wirkte und daher momentan keine Blutung erfolgte. Erst nach zehn Minuten etwa, nachdem unter dem Drucke des rasch zunehmenden Hämatotympanon an dem Fremdkörper vorbei durch die Tuba Eustachii hindurch sich aus dem Munde eine geringe Menge Blut entleert hatte und diese Blutung durch die Tuba wegen der rasch eintretenden hyperämischen Schwellung um den Fremdkörper herum koupiert war, setzte die lang andauernde Blutung des Gehörganges ein — durch 48 Stunden etwa.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1911 Nr. 1. —

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 17.)

Kirschkernekonvolut im Mastdarm. Von Dr. Oldag (Meißen). Vor kurzem wurde Verfasser zu einem 68jährigen Manne gerufen. Dieser gab an, die heftigsten Schmerzen und starkes Drängegefühl im Mastdarm zu haben. In kurzen Zwischenräumen ginge unter heftigem, sehr schmerzhaftem Preßgefühl etwas blutiger Schleim aus dem After ab. Die Fingeruntersuchung ergab, daß dicht hinter dem Schließmuskel des Afters in der Ampulla recti ein sehr großer, kugelförmiger Fremdkörper lag, der aus lauter durch Kot verklebten Kirschkernen bestand. Die Entfernung gestaltete sich nicht besonders schwierig, die Menge der herausbeförderten Kirschkerne belief sich auf die unglaubliche Zahl von 428. Der geistig normale Mann, der Invalidenrentner ist, hatte sich durch Kirschenpflücken etwas verdienen wollen, dabei hatte er mehrere Tage fast ausschließlich Kirschen gegessen, und zwar mit den Kernen. Als Grund, daß er die Kerne mitverschluckt hatte, gab er an, er habe damit eine Kur gegen Madenwürmer machen wollen. Doch hat ihm dieses eigentümliche Oxyuren-Mittel nichts genützt, die Würmer sind nach wie vor vorhanden. Im übrigen ist ihm aber aus dem Vorkommnis ein Schaden nicht erwachsen. — Dazu schreibt Prof. Schwalbe (Berlin): „Der interessante Fall des Herrn Kollegen Oldag veranlaßt mich — zumal bei der auch von ihm erwähnten Seltenheit derartiger Kasuistik — an eine Beobachtung zu erinnern, über die ich am 16. Januar 1889 in der Berliner medizinischen Gesellschaft berichtet habe. Bei der Obduktion einer im Krankenhaus im Friedrichshain unter den Erscheinungen der Darmstenose verstorbenen 22jährigen Patientin fand ich oberhalb der Ileozökalklappe einen Kottumor, dessen wesentlichen Bestandteil 250 Kirsch- und vier Pflaumenkerne bildeten. Diese Fremdkörper hatten eine Geschwürsbildung im Ileum und Anfangsteil des Colon ascendens mit folgender starker Stenose erzeugt, als Folge davon hatte sich starker Meteorismus, Volvulus des Dünndarms, Gangrän und Peritonitis ausgebildet, die den Tod herbeiführten. Herr Geheimrat Fürbringer, von dessen Abteilung der Fall stammte, sprach im Anschlusse an die Demonstration seine Ueberzeugung aus, daß die ganze Affektion von den mit frischem

Obst verschluckten Kirsch- und Pflaumenkernen verursacht worden und daß die in den letzten sieben Wochen vor dem Tode beobachteten Erscheinungen der chronischen Enteritis — die im Verein mit der starken Magerkeit der Patientin den behandelnden Arzt zur Annahme einer Tuberkulose geführt hatten — als sekundäre aufzufassen seien. Im Zusammenhang mit diesem Fall referierte Fürbringer kurz einen früher (1882) in dieser Wochenschrift veröffentlichten Fall, in dem er aus dem Rectum als Ursache einer starken ulzerösen Proctitis (die amtsärztlich als syphilitisch angesehen worden war) an zwei aufeinander folgenden Tagen 235 Pflaumenkerne, durch die die Bildung eines großen Kottumors veranlaßt worden war, entfernt hatte.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 36.)

Gonorrhoe.

Cystopurin; seine Wirkung bei Gonorrhoe und ihren Nebenerkrankungen, insbesondere der Cystitis gonorrhoeica. Von Dr. Walz (Meiningen). Wie die ausführlicher beschriebenen Fälle zeigen, besitzen wir im Cystopurin ein Harndesinfiziens, das bei der Gonorrhoe und der mit ihr so oft verbundenen und so leicht auftretenden Cystitis von ausgezeichneter Wirkung ist. Es zeigt sich hier die Eigenschaft des Cystopurins, die Schleimhaut der Blase und auch der Harnröhre so zu verändern, daß hier die weitere flächenhafte Ausdehnung der Gonokokken zum Stillstand kommt. Es wirkt also nicht direkt bakterientötend, sondern entwicklungshemmend auf die Bakterien durch Veränderung der Schleimhaut, durch Verbesserung ihrer physiologischen Widerstandsfähigkeit. Verfasser muß sich der therapeutischen Empfehlung des Cystopurins seitens der früheren Beobachter in vollem Umfang anschließen und das Präparat als ein Mittel bezeichnen, dessen Anwendung selbst bei den hartnäckigsten Fällen dringend anzuraten ist. Als außerordentlich zweckmäßig und empfehlenswert muß sein prophylaktischer Gebrauch zur Vermeidung einer Cystitis bei Gonorrhoe bezeichnet werden.

(Therapie der Gegenwart, Juni 1912.)

Die diffuse gonorrhoeische Peritonitis. Von Albrecht (München): Vortragender hat bei einem Falle diffuser eitriger Peritonitis 1. klinisch die Entstehung der diffusen Peritonitis aus einer anfangs lokalisierten Pelvipertonitis innerhalb weniger Stunden, 2. bei der Laparotomie die diffuse Entzündung des parietalen und viszeralen Peritoneums mit reichlich freiem, gelblichgrauem Eiter und dünnen Fibrinbelägen konstatiert, 3. in dem Eiterausstrich nur Gonokokken, und zwar auch reichlich intrazellulär in dem abgeschabten Serosaendothel von Dünndarmschlingen nachweisen (Demonstration) und endlich 4. den kulturellen Nachweis führen können, daß es sich um eine rein gonorrhoeische Infektion ohne

aërobe und anaërobe Mischinfektion handelte (Demonstration). Es ist damit der einwandfreie Nachweis erbracht, daß entgegen der Ansicht B u m m 's und F r o m m e 's ein spontanes Fortkriechen der gonorrhöischen Infektion über das Bauchfell, wenn auch sehr selten, vorkommt, und daß der Gonokokkus allein ohne Mischinfektion eine generalisierte eitrige Bauchfellentzündung erzeugen kann. Drei weitere Fälle, in denen nur der mikroskopische Nachweis von Gonokokkeneiter ohne Züchtung gemacht wurde (darunter einer beim Manne), zeigten den gleichen klinischen Verlauf: Auftreten der stürmischen Erscheinungen von diffuser Peritonitis, die zur Operation drängten innerhalb weniger Stunden. Bei der Laparotomie diffuse Entzündung des Peritoneums und eitrige Exsudation, sowie dünne, schleierartige Fibrinbeläge auf den Dünndarmschlingen, Tuben im Zustande hochgradiger akuter Entzündung, während der Operation Eiterdiagnose auf Gonokokken, Austupfen des Eiters, Schluß der Bauchhöhle. Bereits am Tage nach der Operation kritischer Abfall der schweren Erscheinungen und reaktionslose Heilung in kürzester Zeit. Das Blutbild zeigte im akuten Stadium keine Eosinophilenvermehrung, die als charakteristisch für gonorrhöische Infektion angegeben wurde. Dieselbe trat erst am dritten und vierten Tag nach Abklingen der akuten Erscheinungen auf als Rekonvaleszenteneosinophilie.

(Bayer. Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäkologie in München

7. Juli 1912. — Münchener med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Blennaphrosin, ein neues internes Antigonorrhöicum. Von Dr. M. Herbst (Berlin). Es handelt sich um ein Doppelsalz von Kal. nitric. und Hexamethylentetramin, dem noch Extr. Kawa Kawa bester Qualität hinzugefügt worden ist. Diesem Arzneigemisch wurde der Name Blennaphrosin gegeben.¹⁾ Mit diesem Blennaphrosin genannten Arzneigemisch wurden bisher 80 Fälle behandelt. Die große Mehrzahl waren akute resp. subakute Gonorrhöen. Zwei Fälle von bakterieller Urethritis, zwei Fälle von Prostatahypertrophie mit inkompletter Retention, zwei Fälle von sexueller Hyperästhesie auf neurasthenischer Basis, ein Fall von irritable bladder. Auf Grund seiner Versuche gelangt Verfasser zum Resumé: Blennaphrosin ist ein unschädliches, stark antibakteriell wirkendes, internes Antigonorrhöicum und Cysticum. Dosierung: dreimal täglich zwei bis vier Kapseln innerlich oder zweimal täglich ein Zäpfchen ins Rektum einzuführen. Es ist überall dort angezeigt, wo Sandelholzöl, Kawasantal etc. Nierenreizungen erzeugen resp. wirkungslos bleiben. Besonders ist es indiziert in Fällen, wo eine vorübergehende Herabsetzung des Sexualtriebes erwünscht ist. Es empfiehlt sich, so lange das Medikament genommen wird, neben dem Alkoholverbot eine salzarme Kost zu geben, da hierdurch das Kalisalz länger im Körper zurückgehalten und dadurch wirksamer wird. Da das Medikament auch bei längerem

¹⁾ Darsteller: Einhorn-Apotheke, Berlin C. 19. (Dr. Alb. Bernard Nachfolger).

Gebrauch unschädlich ist, so wäre wegen seiner stark anterotischen Wirkung mit ihm ein Versuch dort angezeigt, wo längere, sexuelle Enthaltbarkeit notwendig ist, auf Schiffen, in Internaten und in Strafanstalten.
(Allgemeine med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 36.)

Therapeutischer Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe des Mannes. Von **Leonhard Weiß** (Berlin). Verfasser kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Der Hauptvorteil von Hegenon als Abortivmittel bei der Blennorrhoe des Mannes liegt in seiner geringen Reizwirkung.

2. Zu Abortivkuren empfiehlt sich am besten eine 3%ige Lösung des Pulvers in Aqua dest. in brauner Flasche.

3. Zur Durchführung einer wirksamen Abortivbehandlung genügt eine Injektion von vier Minuten Dauer an drei bis fünf aufeinander folgenden Tagen.

4. Die Wirksamkeit des Präparates zeigt sich meistens am zweiten, spätestens am dritten Behandlungstage durch dauerndes Verschwinden der Gonokokken. Im Falle des Mißlingens einer Abortivkur kann ohne Gefahr die übliche Behandlung mit Janet-Spülungen fortgesetzt werden. Eine Abkürzung der sonst beobachteten Krankheitsdauer wird hierbei oft erreicht.

5. Entscheidend für die Einleitung der Abortivkur ist das mikroskopische Bild des Sekretes. Fälle mit vorwiegend extrazellulärer Lagerung der Gonokokken im Eiter und Mangel einer früheren Infektion geben die beste Prognose.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis, Mai 1912.)

Hypertrichosis.

Ueber Haarentfernungsmittel sagt San.-Rat Dr. E. Saalfeld (Berlin): „Das einfachste ist, die Haare mit einer Schere abzuschneiden. Diese Prozedur muß alle zwei bis drei Tage wiederholt werden, da die Haare dann wieder erscheinen. Dann entfernt eine Reihe von Damen überflüssige Haare mit der Zilienpinzette; hierbei wird immer ein Reiz ausgeübt, und im allgemeinen resultiert daraus ein stärkeres Haarwachstum. Wenn das ganze Vorgehen nicht genügend sorgfältig und reinlich ausgeführt wird, so kommt es zu einer bisweilen recht entstellenden Follikulitis. Des weiteren kommen noch Abreibungen mit Bimsstein in Frage. Für einzelnstehende, dickere Haare kann die Benutzung des von **U n n a** angegebenen Harzstiftes empfohlen werden. Der Harzstift wird über der Flamme kurz erwärmt und an das Haar angedrückt; dann wird mit einem Ruck das am Stifte feststehende Haar mit demselben entfernt. Von einfacheren Mitteln ist noch des Rasierens Erwähnung zu tun, und zwar rasieren sich mehr Damen, als man glaubt. Das Rasieren hat aber gewisse Nachteile; in erster Reihe wird durch dasselbe ein Reiz auf die Haut

ausgeübt, der ein stärkeres Wachstum der Haare — auch im Dickendurchmesser — veranlaßt. Des weiteren zeigt sich aber, daß die Umgebung der Haarstümpfe etwas pigmentiert wird, und infolgedessen zeigt bei stärkerer Hypertrichosis die Gesichtshaut ein scheckiges, unschönes Aussehen. Wirkten die bisher angeführten Methoden mechanisch — nur beim Rasieren kommt die Seife als chemisches Agens hinzu —, so wollen wir uns jetzt zu den chemischen Depilationsmitteln wenden. Boettger war der erste, der darauf hinwies, daß die Sulfhydrate der Alkalien und alkalischen Erden eine depilatorische Wirkung ausüben. Es kommen im wesentlichen das Natriumsulfhydrat, das Calciumsulfhydrat, sowie das Baryumsulfhydrat zur Verwendung. In erster Reihe ist das Natriumsulfhydrat, das in Wasser löslich, zu nennen; es entsteht durch Einleiten von Schwefelwasserstoff in Natronlauge. Im Gegensatz zum Natriumsulfhydrat ist das Calciumsulfhydrat in Wasser fast unlöslich; es wird erhalten durch Einleiten von Schwefelwasserstoff in einen dünnen Brei von Kalkhydrat und Wasser. Außerdem kommt noch das in Wasser leicht lösliche Baryumsulfhydrat zur Anwendung, das in analoger Weise hergestellt wird. Schließlich sei noch das Auripigment As_2S_3 erwähnt, das stets in Verbindung mit Aetzkalk benutzt wird; seine depilatorische Wirkung verdankt es im wesentlichen dem aus der Einwirkung des Aetzkalks auf Auripigment entstehenden Schwefelcalcium. Das Auripigment kalks auf Auripigment entstehenden Schwefelcalcium. Das Auripigment, wohl das älteste Depilatorium, wirkt außerordentlich energisch und kommt deshalb nur noch selten zur Verwendung. Während ich selbst früher das Natriumsulfhydrat verordnete, lasse ich jetzt eine Mischung von

Rp. Baryumsulfhydrat	5,0
Cret. praeparat.	10,0
M. pulv.	

anwenden. Von diesem Pulver wird in einem Uherschälchen ein wenig mit Wasser zu einem dünnen Brei verrieben. Diese Mischung tragen Sie mit einem Holzspatel oder Hornspatel auf die zu depilierende Stelle auf. Nach zwei Minuten kratzen Sie einen Teil der Paste wieder ab und sehen nach, ob an der entsprechenden Stelle die Haare entfernt sind; dieselben befinden sich gegebenenfalls in der abgeschabten Masse. Falls diese Zeit nicht genügt, entfernen Sie nach einer Minute einen weiteren Teil der Paste und wiederholen dieses Vorgehen, bis Sie die Zeitdauer festgestellt haben, die im vorliegenden Falle zur Depilation erforderlich ist. Die Mischung wird alsdann mit einem Holzspatel vom Gesicht heruntergekratzt. Der Rest des Gemenges wird mit lauwarmem Wasser abgewaschen, die Stelle gut abgetrocknet, mit Oel abgerieben und schließlich eingepudert. Ich rate, zuerst in jedem Falle nur eine geringe Schicht auf einer kleinen Stelle aufzutragen, um die Tolerabilität der Haut zu erproben. Tritt nach der Anwendung von Baryumsulfhydrat eine Reizung

ein, so kann das milder wirkende Boettger'sche Depilatorium angewendet werden. Die Vorschrift lautet:

Calcium hydrosulfurat. in aqua 20,0
 Ungt. Glycerin.
 Amyl. āā 10,0
 Essent. citri guttas X.

Das Boettger'sche Depilatorium wirkt nicht so energisch und kann daher längere Zeit auf dem Gesichte bleiben. Ich rate Ihnen, das erstemal mit fünf Minuten zu versuchen und nach Bedarf die Zeit zu verlängern. Energischer als die bisher erwähnten Mittel wirkt das Auri-pigment, das als Rhusma Turcarum

Rp. Auripigment 2,0
 Calcar. hydric. 10,0

M. D. S. Aeüßerlich.

zur Verwendung kommt; es darf höchstens zwei bis drei Minuten auf der Haut bleiben. Die bisher genannten Mittel waren alle nur imstande, die Haare vorübergehend zu entfernen, von größerer Wichtigkeit ist aber die radikale Entfernung der Haare. Ich sehe von denjenigen Methoden ab, die jetzt ausschließlich historischen Wert haben, und will 'nur auf die Elektrolyse eingehen. Die Elektrolyse wurde von Hardaway zur Behandlung der Hypertrichosis zuerst angewendet. Ueber das bei der Elektrolyse zur Verwendung kommende Instrumentarium habe ich Ihnen gelegentlich der Warzenbehandlung Mitteilung gemacht. Als Nadeln benutze ich Nähnadeln, und zwar englische Perlnadeln Nr. 10. Die Reinigung der zu behandelnden Stelle geschieht in derselben Weise wie bei der Warzenbehandlung. Bei der kleinen Operation ist sehr gute Beleuchtung erforderlich. Die Patientinnen müssen auf einem Stuhle mit einer Kopflehne sitzen, der Kopf selbst muß etwas zurückgelegt sein. Falls ein Stuhl mit einer Kopfstütze nicht zur Verfügung steht, wird der Kopf gegen die Brust des Arztes gelehnt. Nun spannen Sie die Haut mit zwei Fingern der linken Hand und führen die Nadel bei offenem Strome vorsichtig in den Follikel ein, bis Sie auf Widerstand stoßen. Durch Drehung am Rheostaten bringen Sie den Strom auf 1 bis 1½ bis höchstens 2 M.-A. und lassen ihn 30 bis 40 bis 50 Sekunden einwirken. Alsdann schalten Sie durch Drehen am Rheostaten den Strom wieder aus. Sie entfernen mit der Zilienpinzette das Haar und sehen nach, ob das Haar von der gequollenen Wurzelscheide umgeben ist. Gibt das so beschaffene Haar dem Zuge leicht nach, dann ist es auch radikal entfernt. Sie dürfen in einer Sitzung nicht zu viel nebeneinanderstehende Haare entfernen, weil die Reaktion sonst zu stark wird. Außerdem sieht es häßlich aus, wenn in dem behaarten Gesicht sich eine kahle Stelle besonders markiert. Sie entfernen daher die Haare möglichst an symmetrischen Stellen. Die Anzahl der in einer Sitzung zu epilierenden Haare schwankt zwischen 10 bis 30. Um die an sich zwar geringe Schmerzhaftigkeit des kleinen Ein-

griffes zu vermindern, hat man versucht, die Haut mit Chloräthyl unempfindlich zu machen. Bei häufiger Anwendung von Chloräthyl tritt jedoch leicht eine Hautentzündung ein, außerdem können Sie aber, wenn die Haut gefroren ist, mit der Nadel nicht wie mit einer Sonde vorgehen und wissen alsdann nicht, ob Sie mit derselben im Follikel selbst sich befinden oder denselben durchstoßen haben. Bei einzelstehenden Haaren kann die Kokainkataphorese angewendet werden, die ich bei der Warzenbehandlung auseinandergesetzt habe. Vor Beginn einer Behandlung müssen Sie, damit Ihnen kein Vorwurf gemacht werden kann, die Patientinnen darauf aufmerksam machen, daß neben den radikal entfernten Haaren wieder neue auftreten können, und zwar weil die Haut bei Damen mit Hypertrichosis die Tendenz hat, neue Haare zu produzieren. Ob und wie viele von den elektrolytisch entfernten Haaren wiederwachsen, hängt von der Geschicklichkeit des Operateurs ab. Die Elektrolyse zur Behandlung der Hypertrichosis ist eine ziemlich anstrengende Arbeit, nicht nur für die Patientin, sondern in größerem Maße für den Arzt selbst. Der Arzt muß in einer gebückten Stellung stehen und seine ganze Aufmerksamkeit auf die zu behandelnde Stelle richten, eine Aufgabe, die selbstverständlich auch die Augen anstrengt. In sehr seltenen Fällen kann es zur Bildung eines Hämatoms kommen, das natürlich nach einiger Zeit spontan schwindet. Ebenso müssen Sie mit der Möglichkeit einer Keloidbildung bei hierzu disponierten Patienten rechnen, ein Vorkommen, das mir glücklicherweise in meiner Tätigkeit noch nicht begegnet ist. Wenn der Elektrolyse vorgeworfen wurde, daß sie Narben verursacht, so kann man wohl sagen, daß alsdann die Operation im allgemeinen nicht sachgemäß ausgeführt wurde. Diejenigen Fälle, in denen trotz sachgemäßer Behandlung dennoch Narben auftreten, gehören zu den größten Ausnahmen. Selbstverständlich muß, sobald diese Beobachtung gemacht wird, die Weiterbehandlung abgebrochen werden. In der allerletzten Zeit wurde mitgeteilt, daß nicht nur, wie oben angegeben, eine vorübergehende, sondern auch radikale Entfernung der Gesichtshaare durch konsequente Abreibung mit Bimsstein erzielt werden kann. Die Haare werden zu diesem Zwecke ganz kurz abgeschnitten, und zweimal am Tage wird die Haut mit Bimsstein für einige Minuten abgerieben, und zwar in der der Haare entgegengesetzten Richtung. Dieses Verfahren wird für einige Wochen fortgesetzt, dann nach einer Pause von mehreren Wochen wieder aufgenommen. Es soll hierdurch eine solche Schädigung der Haare eintreten, daß sie allmählich nur noch wenig sichtbar sind. Persönliche Erfahrungen über diese Methode habe ich bisher noch nicht sammeln können. Das vor längerer Zeit für die radikale Entfernung der Haare empfohlene Röntgenverfahren ist allseitig verworfen worden, da etwa auftretende Röntgenschädigungen seine Anwendung strikte verbieten.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 18.)

Intoxikationen.

Ueber einen Fall von Gangrän der Nase und Zehen bei Phosphorvergiftung. Von Dr. Richard Wagner. Eine 24jährige Frau hatte am 20. Januar eine wässerige Lösung der Köpfe von drei Päckchen Phosphorzündhölzchen zu sich genommen. Am nächsten Tage klagte sie über Kopf- und Magenschmerzen und Erbrechen. Bei der sofortigen Krankenhausaufnahme wurde sofort Spülung von Magen und Darm mit Kaliumpermanganat vorgenommen und dieses auch innerlich verabreicht. Drei Tage später trat eine dunkelblaue Verfärbung der Nasenspitze auf. Ikterus und Leberschwellung war nicht nachzuweisen. Die Patientin wurde auf ihren eigenen Wunsch nach Hause entlassen, wo sie nach drei weiteren Tagen starb. Da auch Verdacht auf Mutterkornvergiftung vorlag, wurde eine gerichtliche Obduktion vorgenommen. Bei der Sektion fand sich ikterische Verfärbung der Bindehäute und der Hautdecken. Das Herzfleisch blaßgelb, fettig glänzend, weich, die Leber nicht vergrößert, von gelber Farbe und brüchigem Parenchym. An der Gebärmutter keine Zeichen vorausgegangener Schwangerschaft. Als Nebebefund war vorhanden Gangrän der Nasenspitze und eine symmetrische Gangrän beider großer Zehen. Die histologische Untersuchung einer der gangränösen Zehen ergab völlige Stase in den Kapillaren und keinerlei fettige Degeneration der Gefäßwände.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1911 Nr. 24. —
Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 14.)

Die Anwendung des Menthols bei jungen Kindern ist gefährlich. Von L. Mayet. Die Nr. 7 der „Province médicale“ hatte kurz zwei Fälle wiedergegeben, welche die Gefährlichkeit der Mentholanwendung bei Säuglingen aufs neue dartun; der eine betrifft einen einmonatigen Säugling, dem der Vater selbst, Guerra y Estapé, eine 1%ige Mentholöllösung wegen Schnupfens in die Nase instilliert hatte, der andere Fall ist von Gomet in Nr. 1, 1911, der Revue médicale de la Franche-Comté kurz geschildert und betrifft auch einen einmonatigen Säugling, ein prächtiges Brustkind, dem die Mutter auf Anordnung von Gomet wegen starker Nasenabsonderung ein linsengroßes Stückchen 2%igen Mentholvaselines in jedes Nasenloch eingeführt hatte. Es war dies kaum geschehen, als das Kind schwer dyspnoisch wurde, das Gesicht wurde blau, und in noch nicht zehn Minuten war das Kind tot. In dem ersten Fall war das Kind gerettet worden. Die Schriftleitung der „Province médicale“ reproduziert nun wieder zwei Mitteilungen, die ihr zu diesem Thema zugehen: Der erste Fall ist der des eigenen Kindes eines Pariser Arztes. Ruffier. Er ließ eines Tages seinem sechswöchigen Kind, weil es einen leichten Schnupfen hatte, etwas Mentholvaselin in die Nase einführen... Niemals hatte ich zehn Minuten schrecklichere Angst durchzumachen, selbst nicht sechs Monate später, als das Kind an Krupp erkrankt war.

Sofort nach der Einführung Konvulsionen, Rasseln, Schaum vor Mund und Nase, Zyanose, Bewußtseinsverlust usw. Ruffier glaubte anfänglich, die Qualität des Präparats beschuldigen zu müssen. Der zweite Fall wird von F. Arloing in Lyon mitgeteilt. Es handelt sich um einen 18monatigen Knaben, dem einer der jungen Pariser Meister der Pädiatrie einige Tropfen Mentholöl 1:30 verordnet hatte. Die erste Instillation war mit aller Vorsicht gemacht (kleine Spritze ad hoc), als sich fast sofort Glottisspasmus, Asphyxie, Konvulsionen einstellten. Nach zehn Minuten kam die Atmung wieder in Gang.

(La Province médicale 1911 Nr. 8. —
Zentralblatt für Kinderheilkunde 1912 Nr. 8.)

Die Gefahren des Menthols bei Säuglingen. Von Pujol. Eine neue Beobachtung, die wieder einmal aufs deutlichste die Gefahren der Anwendung des Menthols bei Säuglingen zeigt: In den letzten Tagen des Januar, gegen 1 Uhr nachmittags, wurde P. — so erzählt er der Anatomisch-klinischen Gesellschaft in Toulouse — mit größter Dringlichkeit zu einem Kind gerufen, das am Ersticken war. Es handelte sich um ein 13monatiges, prächtiges Kind, das zyanotisch, unempfindlich und kalt war. Hie und da konstatierte man noch einige sehr schwache und unvollkommene Atembewegungen, ähnlich den letzten agonalen Zuckungen. Wegen einer Bronchitis hatte das Kind Mentholsalbe zur Applikation in die Nase erhalten. Die Mutter hatte die Verordnung getreulich ausgeführt, aber unmittelbar danach wurde das Kind blau, verlor das Bewußtsein, und die Atmung stand so gut wie ganz still. Nach einer Viertelstunde nahm die Respiration wieder einen regelmäßigeren Typus an. Abendtemperatur 37°; von da an ungestörter Zustand. Die Beobachtung reproduziert in exakter Weise die Fälle, die publiziert wurden von Armand-Delille, L. Mayet, Kilian, Arloing, Ruffier, Gomet (tötlicher Ausgang), Guerra y Estapé. Als praktische Schlußfolgerung scheint der mitgeteilte Fall die von L. Mayet aufgestellte Forderung zu rechtfertigen: das Menthol sollte absolut und endgültig aus der Kindertherapeutik verbannt werden.

(La Province médicale 1911 Nr. 44. —
Zentralblatt für Kinderheilkunde 1912 Nr. 9.)

Die lokale Mentholanwendung in der Nase und ihre Gefahr im frühen Kindesalter. Von W. Lublinski (Berlin). Bei jüngeren Kindern ist Vorsicht geboten; will man Menthol anwenden, dann nur das Koryfin in Salbenform, nicht stärker als 2%; bei Säuglingen und Kindern bis zu etwa zwei Jahren, namentlich solchen, die an Stimmritzenkrampf gelitten haben, ist es aber vollkommen unzulässig, da schwere Gefahr nach seiner Anwendung auftreten kann, wie L. aus eigener Anschauung erfahren habe. Einem elfmonatigen kräftigen Baby aus gesunder Familie, das eines

Schnupfens halber die Brust schlecht nahm, wurde von L. mittels Glasstabes eine kaum linsengroße Menge 2%igen Koryfinvaselins in den Eingang der rechten Nasenseite eingeführt und durch Fingerdruck leicht verteilt. Während L. den Glasstab säuberte, um auch die andere Seite zu beschicken, wird das Kind von typischem Glottiskrampf befallen, das Gesicht wird zyanotisch, Apnoe stellt sich ein, die Augen verdrehen sich, kurz, das Aeüßerste war zu befürchten, zumal der Puls unfühlbar wurde. Unter künstlicher Atmung, heißem Schwammumschlag auf die Kehle kam das Kind endlich wieder zu sich, konnte aber nur wenig ergiebige Atemzüge machen, da sich inzwischen massenhafte Schleimabsonderung im Nasenrachen mit stertorösem Rasseln eingestellt hatte. Diese mußte durch den mit einem Tuch umwickelten Finger wiederholt entfernt werden, bevor die regelmäßige Atmung wieder in Gang zu bringen war. Der ganze Vorgang hatte nicht mehr denn eine Viertelstunde gedauert, erschien aber wie eine Ewigkeit. Natürlich blieb die andere Nasenseite vor diesem „Heilmittel“ bewahrt, das L. bisher harmlos erschien, weil er es schon vorher wiederholt bei kleinen Kindern ohne weiteren Zwischenfall angewandt hatte. Es fragt sich, wie diese Anfälle zu erklären sind. Ein direkter Reiz des Kehlkopfes durch herabfließendes Oel ist auszuschließen, weil in den bisherigen Fällen kaum mehr als ein oder sehr wenige Tropfen verwandt wurden, die durch die geschwollene Nase doch nicht so schnell in den Kehlkopf gelangen können, um mit der allseitig erwähnten Plötzlichkeit einzuwirken. In manchen Fällen war auch Vaseline als Vehikel gebraucht, das erst recht nicht so schnell hinabgelangt. Es kann sich also nur um einen reflektorischen Vorgang handeln durch Reizung der nasalen Aeste des Trigeminus, welche bei akuter Entzündung der Schleimhaut leichter und schneller als sonst erfolgt. Ebenso findet die starke Absonderung im Nasenrachen in der Erregung der gefäßerweiternden Nerven durch denselben Reflex ihre Erklärung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 6.)

Ueber unerwünschte Nebenwirkungen bei Pituitrininjektionen. Von H. B o v e r m a n n (Krankenhaus Langendreer). Im folgenden möchte Verfasser auf einen Fall hinweisen, wo bei Anwendung von Pituitrin + Sekale ein sehr ernster Zustand eingetreten ist. Es handelt sich um eine 41jährige Patientin, die am 30. Oktober 1911 wegen eines großen Abszesses in der rechten Unterbauchgegend aufgenommen wurde. Die Anamnese sprach für Parametritis post abortum, im übrigen machte es mehr den Eindruck eines perityphlitischen Abszesses. 4. November. Operation. Schrägschnitt in der rechten Unterbauchgegend. Fast ein Liter Eiter. Streptokokken und Bact. coli enthalten. Abgeschlossene Höhle. Im Grunde derselben die nicht perforierte, stark infizierte, geschwollene Appendix, die entfernt wird. Nach der Operation zunächst guter Verlauf. Ende November ist Patientin außer Bett. Operations-

wunde fast völlig vernarbt. Gutes Allgemeinbefinden. 10. Dezember 1911. Abends gegen 11 Uhr tritt plötzlich eine starke Blutung aus der Scheide auf. Patientin sieht sehr blaß aus. Puls klein. Subkutane Kochsalzinfusion. Uterus erheblich vergrößert. Muttermund für einen Finger zugänglich. Parametrien frei. In Aethernarkose werden teils digital, teils mit der Winter'schen Abortzange Blutkoagula und ein etwa dreimarkstückgroßer Plazentarrest entfernt. Uterusausspülung mit Lysol. Während der Operation bekommt Patientin 1 ccm Pituitrin (Parke, Davis & Co., London) subkutan und zirka fünf Minuten später, da die Blutung nicht ganz steht, und Verfasser sich auf das Pituitrin nicht allein verlassen wollte, noch 1 ccm Extr. Secal. cornut. Denzel von der üblichen 20% Lösung. Die Blutung stand übrigens, schon vordem die Sekalewirkung eingetreten sein konnte, vollständig. Als Patientin aus der leichten Aethernarkose erwachte, klagte sie über Leibschmerzen. Der Puls war leidlich. Plötzlich, zirka 15 Minuten nach der Pituitrininjektion verliert Patientin das Bewußtsein. Tiefe, schnarchende Atmung. Keine Haut- und Schleimhautreflexe. Kein Kornealreflex. Pupillen beiderseits gleich weit, zunächst eng, weiten sich allmählich, reagieren auf Lichteinfall. Gesicht sehr blaß. Puls klein, gerade eben noch fühlbar. Nach Kampher, Digalen, Sauerstoffeinatmung keine Besserung. Zustand sehr bedrohlich. Nach intravenöser Kochsalzinfusion (zirka zwei Liter) wird der Puls zwar etwas kräftiger, im übrigen bleibt der Zustand unverändert. Hin und wieder Brechneigung, Würgen. Erst morgens gegen 3 $\frac{1}{2}$ Uhr tritt Besserung ein. Einmaliges Erbrechen. Patientin reagiert auf Anruf. Morgens gegen 7 Uhr ist sie völlig bei Bewußtsein. Puls noch ziemlich klein, subjektiv leidliches Befinden. Abends weitere Besserung. Puls kräftiger, leidlich gutes Aussehen. In wenigen Tagen erholte sich Patientin völlig und konnte einige Wochen darauf bei vollstem Wohlbefinden entlassen werden. Es sollen ja nach größeren Secaledosen Erbrechen, Schwindel, Blässe, kleiner Puls vorkommen. Hier war aber die übliche Dosis nicht überschritten. Aus derselben Flasche ist oft vorher und nachher die gleiche Menge ohne jede üble Nebenwirkung bei anderen Patientinnen injiziert worden. Nun wirkt aber, wie das vom Sekale angenommen wird, scheinbar auch Pituitrin gefäßverengernd. Unter anderem sprechen die Experimente J. Pals (Deutsche med Wochenschrift 1912 Nr. 1) dafür, und die Versuche Rabe's aus dem Rostocker Pharmakologischen Institut, der das Pituitrin in dieser Beziehung dem Adrenalin ähnlich fand. (Persönliche Mitteilung). Die wahrscheinlichste Erklärung für den sonderbaren Zwischenfall scheint die zu sein, daß durch die Summation von Pituitrin und Sekale, die beide gefäßverengernd wirken, die schon ohnehin infolge des starken Blutverlustes bestehende Gehirnanämie gesteigert wurde. So kam es zu einem Zustand, den man als eine schwerste prolongierte Ohnmacht bezeichnen

könnte. Es wäre also bei ausgebluteten Patientinnen Vorsicht mit der Anwendung des Pituitrins, namentlich in Kombination mit Sekale, geboten. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 28.)

Lupus.

Lupusbekämpfung und Nasenvorhof. Von Prof. Gerber (Königsberg). Autor betont, daß bei der Lupusbekämpfung auf den Nasenvorhof Rücksicht genommen werden muß, da hier meist der eigentliche Primäraffekt des Gesichtslupus steckt, und zwar oben im vorderen Nasenwinkel. Hier kann der Lupus ganz unscheinbar, unter dem Bilde gewöhnlicher schmerzloser Borkenbildung, unter dem Bilde eines „trockenen Schnupfens“, des Ausschlages — bei sonst ganz gesunden Menschen — beginnen. (Münch. med. Wochenschrift 1911 Nr. 47.)

Vergrößernder, anastigmatischer Nasenvorhofspiegel. Von Prof. Gerber. Schon seit mehreren Jahren benutzte Verfasser zur Untersuchung des Nasenvorhofs mit Vorteil einen besonderen kleinen länglichen Nasenspiegel. Vor allem zur Feststellung des im Vorhof beginnenden Lupus oder der von hier ausgehenden Rezidive hat er gute Dienste geleistet, und so hat Verfasser ihn denn auch in einer kurzen, auf dem III. internationalen Rhino-Laryngologenkongreß in Berlin gemachten Mitteilung über „Lupusbekämpfung und Nasenvorhof“ erwähnt und abgebildet. Verfasser sagte damals: „Ein ganz kleiner Kindernasenrachsenspiegel tut es natürlich auch. Einmal aber ist es nicht appetitlich, denselben Spiegel für Nase und Mund zu benutzen, zweitens sind oft gerade bei Lupus die Nasenlöcher verengt oder wund und lassen auch die kleinen runden Spiegel nicht passieren, und schließlich bedeutet das Vorhandensein eines solchen rhinendoskopischen Extraspiegels auf dem Untersuchungstisch immer ein memento für den Untersucher, diese so leicht vergessene Stelle extra zu untersuchen.“ Inzwischen ließ Verfasser es sich angelegen sein, den Spiegel noch brauchbarer zu machen. Das ist vor allem dadurch geschehen, daß die Zeißwerke in Jena ihn mit einer vergrößernden, anastigmatischen Spiegelfläche versehen haben — ein Ziel, das Verfasser vor vielen Jahren bei der Herstellung vergrößernder Kehlkopfspiegel vergeblich erstrebt hatte und das Brünings ja eben durch Zeiß zu erreichen geglückt ist. Die Vergrößerung, die zirka $1\frac{1}{2}$ beträgt, läßt die hier oft so kleinen Knötchen, Rhagaden, Haarwurzeleränderungen etc. sehr viel deutlicher erkennen. Gleichzeitig erhielt der Spiegel statt seiner früheren kirchenfensterähnlichen Form, die eines abgestumpften Dreiecks, wodurch er sich dem Vorhof besser anpaßt. Uebrigens ist er auch in den tieferen Partien der Nase zu benutzen. Da in letzter Zeit viel Nachfrage nach dem Spiegel gewesen ist, teilt Verfasser mit, daß die Zeißwerke in Jena die Herstellung des Spiegels übernommen haben und er

jetzt wohl auch in allen größeren Instrumentengeschäften vorrätig sein dürfte. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 37.)

Prostataatrophie.

Prostataatrophie. Ueber das Thema hielt K ü m m e l l einen Vortrag. Er berichtet über diese bis jetzt noch nicht sehr häufig beobachtete Erkrankung und zeigt verschiedene Röntgenbilder der hypertrophischen und atrophischen Prostata sowie solche nach operativer Entfernung der erkrankten Vorsteherdrüse. Im allgemeinen pflegen wir bei Patienten im höheren Lebensalter, welche uns wegen Harnbeschwerden oder mehr oder weniger vollständiger Harnverhaltung konsultieren, eine Vergrößerung der Vorsteherdrüse anzunehmen und auch meistens die Ursache der vorhandenen Beschwerden darin begründet zu finden. Zuweilen treten uns jedoch Patienten entgegen, die über lebhaftes Urinbeschwerden, ja vollständige Harnverhaltung zu klagen haben, ohne daß eine Vergrößerung der Prostata vorhanden ist. Es sind das Patienten, bei denen Störungen des Zentralnervensystems nicht vorhanden sind, bei denen man zystoskopisch eine Balkenblase mit mehr oder weniger hochgradiger Divertikelbildung als Ausdruck der Arbeitshypertrophie im Kampfe gegen das vorhandene Hindernis und öfter auch einen vergrößerten Schatten am Blasenhal, welcher eine Prostatahypertrophie vortäuscht, konstatieren kann. Schon Guyon berichtete 1899 über den Prostatisme sénile oder Prostatisme sans prostate. Wenn auch Guyon die Prostata nicht als das mechanische Hindernis und die Ursache der Urinretention der Greise ansah, sondern mehr eine Allgemeinerkrankung des ganzen uropoëtischen Systems auf arteriosklerotischer Basis, so hatte er doch bei obiger Krankheitsbezeichnung ein Fehlen der Prostata im Auge. Zuckerkandl, Albarran und andere suchten diese bis dahin unheilbaren Formen der Harnretention bei Greisen, in denen keinerlei mechanische oder nervöse Ursachen nachweisbar waren, auf eine Atrophie der Blasenmuskulatur, resp. als eine Folge eines in einen fibrösen Bindegewebsring verwandelten Sphincter internus zu erklären. Ich habe das Krankheitsbild des Prostatismus ohne Prostata vor einer Reihe von Jahren zuerst in Paris kennen gelernt, wo Motz und Arese darauf hinwiesen, daß die Exstirpation der Drüse, trotzdem sie nur als kleinstes Organ wahrnehmbar ist und als mechanisches Miktionshindernis nicht hervortreten sollte, zur dauernden Heilung und vollständigen Wiederherstellung der Urinentleerung geführt hat. Auf dem letzten Chirurgenkongreß berichtete Barth (Danzig) über zwei nach Entfernung der atrophischen Prostata geheilte Patienten, welche vorher an Urinretention gelitten hatten. Wir selbst haben in vier Fällen wegen hochgradiger Urinbeschwerden resp. vollständiger Retentio urinae nach Entfernung der atrophischen Prostata Heilung und normale Urinentleerung wieder eintreten sehen. Ich muß gestehen, daß die Diagnose, so

eigenartig es vielleicht klingt, nicht ganz leicht ist, daß man mit der Rektaluntersuchung bei gefüllter Blase leicht eine vergrößerte Prostata zu palpieren glaubt, während bei der Operation eine solche nicht gefunden wurde, daß man weiterhin einen nichtvorhandenen ventilartig schließenden Mittellappen als Ursache der Urinretention annimmt und auch im zystoskopischen Bilde eine kulissenartig vortretende Schleimhautfalte des Blasenhalbes für eine hypertrophische Prostata ansehen kann. Um die Irrtümer bei der rektalen Palpation zu vermeiden, wird man gut tun, über einen in die Blase eingeführten Metallkatheter die Untersuchung vorzunehmen, indem dann zwischen Finger und Sonde kein größerer hypertrophischer Körper bei wirklicher Atrophie vorgetäuscht werden kann. Hat man die Diagnose der Prostataatrophie gestellt, und kann zentrale Ursachen ausschließen, so ist man zum operativen Vorgehen als der einzigen wirksamen Maßnahme zur Beseitigung der Harnverhaltung sehr wohl berechtigt. Ein Versuch mit einem Verweilkatheter, längere Zeit fortgesetzt, wird vorausgehen müssen. Bei drei unserer Fälle war er ohne Erfolg, in dem vierten wurde er überhaupt nicht zur Anwendung gebracht. In allen vier Fällen handelte es sich um Patienten im Alter von 61—70 Jahren. Die Prostata war stets sehr klein, die beiden Lappen etwa von der Größe einer Bohne. In einem Falle glaubte ich wegen der Härte der kleinen Drüse ein Prostatakarzinom annehmen zu müssen, im anderen Falle hätte vielleicht die vorangegangene operative Entfernung eines Hodens den Gedanken einer Prostataatrophie nahe legen können. Dem 64 Jahre alten Patienten war vor 25 Jahren der eine Hoden entfernt, und es ist ja bekannt, daß nach Kastration, oft schon nach einseitiger, eine Atrophie der Prostata eintritt. Hierauf gründete sich bekanntlich, worüber ich Ihnen früher berichtet und einschlägige Fälle vorgeführt habe, die Heilung der Prostatahypertrophie alter Leute durch Entfernung der Hoden. In allen unseren Fällen wurde die suprapubische Operation ebenso wie bei einer vergrößerten Prostata durch Ausschälung des kleinen Organs ausgeführt. Alle vier Patienten sind geheilt und haben normale Funktionsfähigkeit der Blase wiedererlangt. Einer starb später an einer Darmblutung. Sektion verweigert. Der eine Fall mit einer überdehnten schlaffen Blase war durch das Vorhandensein einer Anzahl haselnußgroßer Uratsteine kompliziert. Technisch ist die Entfernung der kleinen atrophischen Prostata weit schwieriger als die Ausschälung einer großen hypertrophischen Prostata, da sie sehr fest in das umliegende Bindegewebe eingebettet und schwer aus demselben zu lösen ist. Die Wirkung der Operation durch Entfernung dieser kleinen, anscheinend ein mechanisches Hindernis nicht darstellenden Drüse, ist wohl so zu erklären, daß der derbe, fibrös entartete Sphincter internus, der das Hindernis der Urinretention bildet, ebenso wie bei der typischen Operation der hypertrophischen Prostata mit entfernt, dadurch das Hindernis oder die Ursache der Urinretention beseitigt wird und die Kon-

tinenz der Sphincter externus allein in genügender Weise übernimmt. Nachdem die Operation der Prostatahypertrophie jetzt durch die weitere Ausbildung und Vervollkommnung der Technik bei richtiger Indikationsstellung eine relativ gefahrlose geworden ist, und wir auch bei den früher eine ungünstige Prognose darbietenden Fällen mit gestörter Nierenfunktion durch die zweizeitige Operation mit lokaler Anästhesie gute Erfolge erzielt haben, halte ich mehr und mehr und die operative Beseitigung der vergrößerten Prostata für das zu wählende Verfahren bei allen Fällen, bei denen es sich um eine durch längere Anwendung des Dauerkatheters nicht zu beseitigende Retention handelt und der Patient dem Katheter verfallen ist. In gleicher Weise sollte man bei den Fällen von Atrophie, welche mit nicht zu beseitigender Urinretention einhergehen, verfahren. (Aerztlicher Verein in Hamburg, 12. März 1912. — Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Psoriasis.

Ueber Behandlung der Psoriasis gibt Privatdozent Dr. Pinkus (Berlin) folgende Winke:

A. Ae u ß e r l i c h e B e h a n d l u n g.

Das Hauptmittel gegen die Psoriasis ist das Chrysarobin.

I. Stärkste Behandlung: Einreibung mit einfacher starker Chrysarobinvaselin:

Chrysarobin 5,0 (—10,0—20,0 seltener)

Vaselin. flav. oder Resorbin

ad 100,0.

Die Flecke umgeben sich nach etwa drei Tagen mit einem weißen Ringe, nach etwas längerer Zeit mit einer diffus auslaufenden Rötung um diesen Ring, verlieren darauf (acht bis zehn Tage Behandlungsdauer) ihre Schuppung, werden ganz weiß. Um Heilung von möglichst langer Dauer zu erreichen, muß so lange behandelt werden, bis der Psoriasisfleck so chrysarobinrot sich färbt, wie die normale Umgebung: Dauer: viele Wochen. Bei Entstehung des nicht seltenen Leukoderms an Stelle des Psoriasisflecks wird dieses Ziel nie erreicht, ohne daß deshalb ein Rezidiv früher auftritt.

Kontraindikationen: 1. Sehr frische, noch nicht sehr verbreitete Eruption: Durch den kolossalen Hautreiz der starken Chrysarobinsalbe entsteht eine diffuse Dermatitis, nach deren Abheilung die Psoriasis viel weiter verbreitet werden kann.

2. Psoriasis im Gesicht: Die auf die Lider und auf die Augenbindehaut übergegangene Chrysarobinentzündung macht eine sehr schmerzhaftes Schwellung und Rötung mit starker Lichtscheu.

3. Psoriasis sehr reizbarer Haut anderer Körperstellen, Genitale, unter den Brüsten, überhaupt auf der Haut von Frauen und Kindern.

4. Beim Wunsch, durch die Behandlung nicht zu sehr gestört zu sein: die einfache Chrysarobineinreibung ist nur klinisch gut durchzuführen:

a) Da sie die Wäsche unter den gewöhnlichen Behandlungsmethoden (Waschen mit Wasser und Seife oder deren Surrogaten) unauslöschlich und mit jedem Wasser nur immer stärker färbt, wäre Chrysarobinbehandlung nur unter Aufgabe der gewöhnlichen Unterkleidung und Ersatz durch möglichst undurchlässige Stoffe (Flanellwäsche mit altem Unterzeug darunter, Pijama; Bettwäsche, auf deren Erhaltung kein Gewicht gelegt wird) im Hause durchführbar.

b) Da die Haut bei Behandlung ausgedehnter Erkrankung schnell diffus indianerrot wird, auch am Gesicht und den Händen (Blauschwarzfärbung der Nägel), ist diese Chrysarobinbehandlung nur da möglich, wo auf Aenderungen des Aeußern kein Gewicht gelegt wird.

II. Abschwächung der starken Chrysarobinbehandlung.

1. Verwendung schwächerer Konzentrationen.

Je schwächer die Konzentration der Chrysarobinsalbe genommen wird, desto weniger reizt und färbt sie, aber desto langsamer wirkt sie auch.

$\frac{1}{1000}$ Chrysarobin enthaltende Salben genügen indessen oft bereits. Zwischen $\frac{1}{1000}$ und $\frac{1}{100}$ darf die Konzentration bei ambulanter, nicht allzu scharf überwachbarer Behandlung sich überhaupt nur bewegen. Diese Salben werden am besten in Form von Decksalben verschrieben:

Rp. Chrysarobin	0,1—1,0	Chrysarobin	0,1—10,
Zinci oxydat.		Zinkmattan	ad100,0
Talci	āā 15,0—20,0	(deckt gleichmäßiger, zieht nicht	
Vaselin flav.	ad100,0	so stark in die Verbandstoffe ein).	

Gewisse Stellen (Extremitäten vor allem) können mit diesen Salben bequem verbunden werden. Die Plaques werden mit Bürste (nie mit der bloßen Hand! Färbung der Nägel, die sich überhaupt nur sehr schwer vermeiden läßt!) eingerieben, darüber ein weit überdeckendes Stück Lint gelegt (keine kleinen, mit Salbe bestrichenen Lintlappchen, die zuweilen ewig dauernde, scharf die Form der Lappchen beibehaltende rote Stellen erzeugen würden), Watte, neue oder frischgewaschene Binden (bereits benutzte, noch nicht wieder ausgewaschene Binden enthalten Chrysarobin in färbender Form und verderben die Leibwäsche ihrerseits, was durch den Verband ja gerade vermieden werden soll).

2. Anwendung der starken Salben (20%) kürzere Zeit lang, kostet etwas Zeit, ist aber oft viel wirksamer als die vorige Methode. Im warmen Raum, in dem der Kranke sich unbekleidet aufhalten kann, werden die Herde mit 20%iger Chrysarobinvaselin dick eingerieben, nach $\frac{1}{2}$ —1—2 Stunden alles wieder mehr oder weniger gewissenhaft (abwischen mit trockener, dann mit benzingetränkter Watte) gesäubert. Diese Methode kann täglich bis zur starken Rötung oder alle paar Tage bis allwöchentlich einmal vorgenommen werden und eignet sich besonders

für sehr hartnäckige Fälle, die den schwachen Salben trotzen. Kostet freilich etwas Zeit.

3. Ersatz der Salben durch antrocknende Chrysarobinlösungen. Am verbreitetsten ist die Einpinselung mit

Chrysarobin 10,0—20,0
Traumaticin ad 100,0

Die eingepinselten Plaques müssen mit Traumaticin, Collodium elasticum, Gaze und Leukoplast oder am besten durch einen Verband gegen Abfärben auf die Leib- und Bettwäsche geschützt werden. Vorheriges Abkratzen der Schuppen erzeugt nur heftigeres Brennen bei der Einpinselung, beschleunigt die Heilung aber nicht. Besonders hartnäckige kleinere Plaques werden mit Chrysarobinparaplast, darüber Leukoplast oder ein anderes Heftpflaster (Bonnplast, Helfoplast usw.) beklebt. Das Pflaster erzeugt auf zarter Haut nicht selten bleibende rotbraune Flecke, deshalb Vorsicht im Gesicht, auf der Brust, dem Nacken und den Armen von Frauen!

4. Zusatz von mildernden Mitteln. Hier sind empfohlen Ichthyol: lindert die Chrysarobinhautrötung, schmutzt aber noch mehr als das reine Chrysarobin.

Zusatz von 5% Salicylsäure resp. mit Dermasan statt Vaseline verschriebene Salbe.

Dreuwische Salbe: Acid. salicyl. 10,0
Chrysarobin.
Ol. Rusci āā 20,0
Sapon. virid.
Vaselin. flav. āā 25,0

Sie ist besonders verwendbar für einzelne, namentlich torpide Plaques. Sie macht einen schwarzen Schorf, wenn sie einige Tage hintereinander ein- bis zweimal aufgetragen wird, dieser Schorf wird durch Baden abgelöst und bei etwaigem Rest der Erkrankung die Prozedur wiederholt. III. Neben dem Chrysarobin sind als äußere Psoriasismittel zu empfehlen:

1. Acid. pyrogallicum.

Rp. Acid. pyrogallici 5,0
Vaselin. flav. ad 100,0

Wirkt gut, namentlich bei ausgebreiteter, kleinfleckiger, nicht zu heftiger Psoriasis, macht sehr schwarz, aber ohne die durchdringende Färbekraft des Chrysarobins. Nicht auf zu großen Flächen anzuwenden, bei Albuminurie kontraindiziert.

Rp. Acid. pyrogall. 10,0
Filmogen (Schiff) 100,0

Auf einzelne Plaques einzupinseln, trocknet an.

Acid. pyrogall.
Acid. salicyl. āā 5,0
Vaselin. flav. ad 100,0

Wirkt viel schwächer, wird nicht so sehr zu schwarzer Farbe durch Licht und Luft umgewandelt, wie reine Pyrogallolvaseline, ist daher auf dem Kopfe sehr gut (aber nur bei dunklem Haare!) verwendbar und überhaupt das beste Mittel gegen starke Psoriasis des Kopfes.

2. *Ol. rusci* und andere Teerpräparate. Besonders empfehlenswert ist

Rp. *Anthrasol*. 10,0

Ungt. *Glycerin*. ad 100,0

und Einpinselung mit reinem Steinkohlenteer oder Liantral, Teersapalcol; all dies stinkt sehr.

3. *Acid. salicylicum*. Im allgemeinen sehr schwach wirksam.

Rp. *Acid. salicyl.* . . . 2,0—5,0 oder *Adip. lan. c. aq.* 15,0

Vaselin. flav. . . . ad 100,0 mit *Emplast. lithargyri*
Vaselin āā 40,0

Klebrig, aber gut aufweichend.

Als schuppenablösendes Mittel, namentlich ganz im Beginne der Psoriasis-eruption zu gebrauchen, da es die Haut gar nicht reizt. Ferner zur Abheilung nach zu starker Chrysarobineinwirkung einige Tage lang, bis die Haut sich geschält und ungefähr ihre alte Farbe wieder angenommen hat.

Rp. *Acid. salicyl.* 5,0

eventuell mit

Acid. pyrogall. 1,0—2,0

Ol. ricini 5,0—10,0

Spiritus vini ad 200,0

eventuell mit Zusatz von

Aq. coloniens. 10,0—20,0

Ol. macid. 0,5

Als Kopfspiritus, täglich ein- bis zweimal einzureiben, genügt bei geringerer Stärke der Psoriasis des Kopfes.

4. *Hydrarg. praecip. alb.*, als Ung. *Hydrarg. alb.* oder besser

Rp. *Hydrarg. praecip. alb.* . . 5,0

Unguent. lenient. oder Eucerincrème oder *Adip. suill.* ad 100,0.

Für milde Einwirkungen sehr beliebt, aber schwach wirksam. Vor allem für Psoriasis am behaarten Kopf und im Gesichte. Viel stärker, aber auch nur im Gesicht und auf dem Kopf ausreichend, gegen stärkere Eruptionen an Rumpf und Extremitäten fast machtlos ist

Rp. *Acid. carbol. liquefact.* 1,0

Balsam. peruvian.

Hydrarg. praecip. alb. āā 1,0—5,0

Vaselin. flav. ad 100,0

Kontraindikation: Idiosynkrasie gegen weißes Quecksilberpräzipitat. Starke krustöse Dermatitis!

5. Seifen lösen zwar die Schuppen, haben aber geringe Heilwirkung.

B. Innerliche Behandlung.

1. Diätetisch: Psoriasis gutgenährter Menschen bessert sich außerordentlich durch schnelle und starke Entfettung: Einseitige Ernährung mit Milchdiät, vegetarische Ernährung; namentlich Kohlehydrat- und Fetteinschränkung. Kontraindikation gichtische Anlage, wie sie bei alter inveterierter Psoriasis häufig ist (Arthritis psoriatica).

Psoriasis der Trinker bessert sich oft sehr durch Alkoholverbot.

2. Medikamentös: Am verbreitetsten ist die Behandlung mit Arsenik. Es wirkt am besten bei torpiden Formen, die schon Zeichen des Rückganges aufweisen. Arsenpillen werden am besten ertragen, wirken aber auch am schwächsten:

Acid. arsenicos. 0,1—0,25! und mehr
 Natr. carbon. 1,0
 Succ. liquir.
 Pulv. radic. liquir. āā 2,0

M. f. pilul. Nr. 50, dreimal täglich eine Pille nach den Mahlzeiten. Stärker wirkt Sol. Fowleri dreimal täglich drei bis zehn Tropfen und mehr.

Noch stärker Arseneinspritzungen:

Sol. natr. arsenicos. 0,1:10,0
 täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 ccm subcutan einzuspritzen.
 Sol. acid. arsenicos. 0,1:10,0
 mit 0,3 Acid. carbol. ebenso.

Arsycodyle Leprince, Sol. natr. cacodyl. Clin (in fertigen Ampullen) sind meistens zu schwach.

Zuweilen wirkt Jod gut, als Sol. natr. jodat. 10 bis 30/200, dreimal täglich einen Eßlöffel, als Jodostarintabletten; als Tinctur. Jodi dreimal täglich drei bis sechs Tropfen (oft dabei starke Abmagerung); leichter die Jodkaliersatzpräparate, die reines Jod enthalten, namentlich Jodglidine, das immer gut ertragen wird.

Thyreoidin oder starkes Jodothyryn wirken manchmal, erzeugen aber noch öfter als reines Jod nervöse Nebenerscheinungen, namentlich in den erforderlichen sehr großen Dosen.

C. Physikalische Behandlung.

Von größter Bedeutung ist ihrer angenehmen Anwendungsart und ihrer Wirkung nach die Behandlung mit unseren physikalischen Heilmitteln.

1. Bäder. Sie wirken als gewöhnliche Wasserbäder zur Unterstützung der medikamentösen äußeren Behandlung. Etwas stärker wirken Schwitzbäder jeder Art. Alkalische Bäder und Anwendung besonderer medikamentöser Seifen haben keinen größeren Wert, etwas mehr die Einpinselung mit Tinctur Rusci oder liq. anthracis Fischel vor dem Bade. Die Säuberung nachher ist nicht leicht.

2. Von Badeorten wirkt keiner spezifisch, empfehlenswert sind diejenigen, an welchen dermatologisch erfahrene Aerzte praktizieren.

3. Die Röntgenstrahlen wirken spezifisch gegen die einzelnen Herde der Psoriasis, verlieren aber, zu oft wiederholt, ihre Wirkung. Es scheinen längere Pausen (etwa $\frac{1}{2}$ jährig) nötig zu sein, um von neuem Wirkungen erwarten zu lassen. Sie sind besonders empfehlenswert bei Psoriasis des Gesichts und der Hände und namentlich der Nägel (hier sehr große einmalige Dosen in gemessenen Abständen).

4. Sehr gut wirkt leichte bis stärkere Entzündung und Schälung, mit der Quarzlampe hervorgerufen, und ebenso, vielleicht noch besser, wenn auch nicht so schnell, Sonnenbäder von nicht zu großer Intensität (allmähliche Bräunung der Haut).

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 17 und 18.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Ueber die Dehnung peritonealer Verwachsungen durch den graviden Uterus unter Beihilfe von Fibrolysininjektionen. Von Dr. von Fellenberg. Bei einer Graviden war der Uterus mit seiner Umgebung auf allen Seiten fest verwachsen und infolgedessen völlig unbeweglich. Die zunehmende Schwangerschaft brachte unerträgliche Schmerzen, so daß künstlicher Abort erwogen wurde. Durch Fibrolysinanwendung konnten indessen die Adhärenzen so erweicht werden, daß die Dehnung des wachsenden Uterus keine Schmerzen mehr hervorrief und Gravidität, Geburt und Wochenbett ohne weitere Komplikation verliefen.

(Schweizerische Rundschau für Medizin 1912 Nr. 5.)

Vermischtes.

Unsere therapeutischen Erfahrungen mit Ichthynat (Heyden). Von Dr. M. Cordes (Aus Dr. Müller's Privatklinik für Haut- und venerische Krankheiten in Berlin). In der Arbeit heißt es: „Die chemisch-pharmakologischen Untersuchungen v. Hayek's haben ergeben, daß das Ichthynat in seinem physikalischen wie in seinem chemischen Verhalten mit dem Ichthyol weitgehende Uebereinstimmung zeigt. Der Preis des Ichthynats stellt sich dagegen bedeutend niedriger als der des Ichthyols. Die Firma Heyden hat uns bereitwilligst hinreichende Mengen ihres Präparates überlassen, um festzustellen, ob es auch klinisch als ein vollwertiger Ersatz für Ichthyol zu betrachten ist. Wir bedienten uns nun in allen Fällen, bei denen wir bisher Ichthyol gebrauchten, des Ichthynats. Sehr häufig wandten wir das Ichthynat bei *Impetigo contagiosa* an, wo sowohl seine antiparasitäre als auch seine entzündungswidrige Eigenschaft zur Wirkung kommt. Wir lassen zunächst mit warmem

Olivenöl die gelben, honigartigen Krusten erweichen und entfernen und bepinseln dann die erkrankten Partien mittels eines Wattepinsels mit unverdünntem Ichthynat. Auf das Ichthynat legen wir eine dünne Watterschicht, die nur der Größe der bepinselten Hautpartie entspricht. In kurzer Zeit trocknet das Ichthynat ein und bildet mit der Watte einen einfachen und festen Verband. Wir lassen diesen Verband täglich erneuern nach Entfernung der alten Kruste mit lauwarmem Wasser. Unter dieser Behandlung sahen wir in allen beobachteten Fällen in kurzer Zeit Heilung eintreten. Gegenüber Schwefelsalben oder weißer Präzipitatsalbe, mit denen man bei dieser Erkrankung auch gute Erfolge erzielt, hat das Ichthynat das voraus, daß sich hierbei ein Bindenverband erübrigt. Wenn man bedenkt, daß Impetigo contagiosa mit Vorliebe im Gesicht sich lokalisiert, wo ein Bindenverband nicht nur als sehr lästig empfunden wird, sondern für den Patienten schwierig anzulegen ist, ferner, daß durch Verrutschen der Verbände und dadurch bedingter Verunreinigung benachbarter Hautstellen mit infektiösem Sekret eine Verschleppung der Krankheit stattfindet, dann wird man den Wert des einfachen Ichthynatverbandes anerkennen. Ein seborrhoisches Ekzem bei einem dreijährigen Kinde, das sich über einen großen Teil des Rumpfes und der Extremitäten erstreckte, und sich auf die übliche Teer- und Salbenbehandlung sehr langsam und nur sehr wenig besserte, behandelten wir schließlich mit Ichthynat, indem wir auch hier das unverdünnte Präparat aufpinseln ließen. Nach mehrmaliger Wiederholung war das Ekzem völlig abgeheilt. Auf die Haut hatte das Präparat keinerlei Reizwirkung ausgeübt. Auch mehrere Fälle von impetiginösem Ekzem und pruriginösem Analekzem sahen wir durch Ichthynat günstig beeinflusst. Bei nässenden, intertriginösen Ekzemen machten wir erst dann von Ichthynat Gebrauch, wenn durch austrocknende Puderverbände und Pinselung der Erosionen mit 1—3% Argentumlösung die akutesten Erscheinungen zum Schwinden gebracht worden waren. In mehreren Fällen von Furunkulose sahen wir bei Anwendung des Ichthynats gute Resultate. Kleinere, im Entstehen begriffene Furunkel trockneten unter der Ichthynatkruste ein. Bei größeren machten wir eine galvanokaustische Inzision und pinselten die Umgebung der Inzisionswunde. In einigen Tagen ist meist das Infiltrat bedeutend zurückgegangen. Gerade bei Furunkeln wird von den Patienten auch die schmerzlindernde Wirkung des Ichthynats dankbar empfunden. Ich möchte auch hierbei wieder darauf hinweisen, daß die festhaftende Watte-Ichthynatkruste eine Infektion benachbarter Partien, wie sie gerade bei Furunkulose durch Inokulation der Staphylokokken so häufig ist, möglichst verhindert. Dieses letztere gilt besonders auch für die Furunkel des äußeren Gehörganges und des Naseneinganges, die wir in letzter Zeit nur mehr mit Ichthynat behandeln. Bei zwei Fällen von Schweißdrüsenentzündung in den Achselhöhlen und bei Folliculitiden hatten wir bei derselben

Anwendungsform dieselben günstigen Resultate. Sehr häufig haben wir uns auch bei der Behandlung von *Dermatitiden* des *Ichthynats* bedient. Wir haben den Kühsalben einen 2—5% *Ichthynatzusatz* gegeben; verordneten wir Umschläge, so ließen wir entweder reine *Ichthynatlösungen* dazu verwenden, von einer 50% Lösung ein bis drei Eßlöffel voll auf $\frac{1}{4}$ Liter Wasser, oder wir setzten den Essigsäuretonerde- oder Bleiwasserlösungen ein bis zwei Teelöffel der *Ichthynatlösung* zu. Bei Erysipel und Erysipeloid, welch letzteres so häufig nach kleinen Verletzungen an den Fingern und am Naseneingange vorkommt, verwandten wir das unverdünnte *Ichthynat*. Wir konnten hierbei hinsichtlich der schmerzstillenden und entzündungswidrigen Wirkung keinen Unterschied zwischen *Ichthyol* und *Ichthynat* finden. — Nachdem wir so durch hinreichende Versuche festgestellt hatten, daß bei äußerlicher Applikation das *Ichthynat* keinerlei Reizwirkung auf die Haut entsteht, entschlossen wir uns, dasselbe auch per clyisma anzuwenden. Für diese Art der Anwendung kommt besonders die Entzündung der Vorsteherdrüse in Betracht. Bei akuter parenchymatöser Prostatitis, die mit mehr oder weniger starker, spontan und auf Druck schmerzhafter Schwellung der Drüse verläuft, gaben wir täglich einmal, bei sehr schmerzhaften und heftigen Entzündungen täglich zweimal, in den vorher entleerten und durch Irrigation mit Sodalösung vom Schleim gesäuberten Darm 10—50 ccm einer 5% *Ichthynatlösung*. Bei dieser Behandlungsart, die wir mit Bettruhe, Applikation von Wärme auf den Damm, Darreichung von Chinin und entsprechender Diät kombinierten, konnten wir in den meisten Fällen nach einigen Tagen eine deutliche Besserung erzielen, die sich subjektiv in einer Verminderung der Schmerzen und des spannenden Gefühls im After, objektiv in einer Verringerung der Schwellung zeigte. Wenn wir mit dieser Therapie die Abszedierung der Vorsteherdrüse auch nicht in allen Fällen verhindern konnten, so glaube ich, haben wir hierdurch die Zahl der in Eiterung übergehenden Prostatitiden wesentlich vermindert. Bei der chronischen Prostatitis, die sich subjektiv in einem Gefühl von Druck und Schwere am Damm, als Jucken im After und in psychischen Alterationen, objektiv bei der Untersuchung per rectum in einer Vergrößerung, Unebenheit der Oberfläche und manchmal vorhandenen Druckempfindlichkeit zeigt, haben wir das *Ichthynat* in Form von Zäpfchen verordnet.

Ichthynat	0.01
Extract Bellad. . .	0.1
Butz. Cac.	2.0

DS. Ein- bis zweimal täglich ein Zäpfchen einzuführen.

Als Unterstützungsmittel der bei dieser Erkrankung erforderlichen Fingermassage haben wir das *Ichthynat* schätzen gelernt. Auf Grund dieser unserer Erfahrungen können wir behaupten, daß das billige *Ichthynat-Heyden* einen vollwertigen Ersatz für das teure *Ichthyol* bietet.

(Allgem. Medizin. Zentral-Zeitung 1911 Nr. 52.)

Zur Technik der Umfangmessung bei Begutachtungen. Von Ob.-St.-A. Dr. H a m m e r (Mediko-mechanisches Institut Karlsruhe). „Bei der Beurteilung der Folgen von allen Gelenkerkrankungen und Unfällen, soweit sie Extremitäten betreffen, bietet uns bekanntlich der Zustand der Muskulatur ein wertvolles Kriterium. Die schon äußerlich sichtbaren Formveränderungen, das Gefühl der Schlaffheit oder Rigidität und die Abweichungen der elektrischen Erregbarkeit sind dabei zu berücksichtigen und können wichtige Fingerzeige bieten; handelt es sich indessen darum, vergleichbare Zahlenwerte zu gewinnen, wie bei allen Unfallbegutachtungen für Versicherungszwecke, so sind die üblichen Umfangsmessungen nicht zu entbehren. Namentlich die vergleichenden Messungen beider Extremitäten an entsprechenden Stellen lassen fast immer einen Schluß auf die Gebrauchsfähigkeit des untersuchten Gliedes zu. Je genauer diese Vergleichsmessungen ausgeführt werden, und je sicherer die entsprechenden Punkte an den Gliedmaßen festgelegt werden können, um so mehr werden die Ergebnisse der Messungen an Wert gewinnen. Allerdings muß man sich dabei vor Uebertreibungen hüten, z. B. halte ich es für ganz unzulässig, Maßunterschiede von einzelnen Millimetern zu berücksichtigen, wie das von einigen Gutachtern geschieht. Denn derartige kleine Unterschiede fallen durchaus innerhalb der unvermeidlichen Fehlergrenze derartiger Messungen, und man muß sich unbedingt mit der Genauigkeit von $\frac{1}{2}$ cm begnügen. Andererseits soll man aber bestrebt sein, die Bedingungen für die Messungen möglichst gleichmäßig zu gestalten. Die sehr zahlreichen hier im Institut auszuführenden Begutachtungen führten nun dazu, ein besonderes Bandmaß nur für Umfangsmessungen anfertigen zu lassen, dessen Form es für diesen Zweck besonders geeignet erscheinen läßt. Das Bandmaß ist zunächst ziemlich schmal, nur 1 cm breit, ferner nur 75 cm lang, wodurch das Herumschlagen um die Extremität sehr erleichtert wird. Endlich ist es mit einem kleinen, drehbaren Handgriff versehen. Dieser Handgriff gestattet von einem beliebigen Punkte einer Extremität zunächst den Abstand nach einem Knochenpunkt (z. B. am Oberschenkel den Abstand des Meßpunktes vom oberen Patellarrande) zu bestimmen und dann unter Drehung des Bandmaßes um 90° — bei festgehaltenem Handgriff — an dieser Stelle den Umfang zu messen. Auf diese Weise gelingt es rasch und genau vergleichbare Messungen an bestimmten zum Skelett festgelegten Stellen auszuführen. In mehrjähriger Praxis hat sich dieses Bandmaß als recht zweckmäßig erwiesen, auch haben mehrere Kollegen, welche viel mit Begutachtungen zu tun haben, erklärt, daß sie es nicht mehr gern entbehren möchten. Wir haben daher die Firma Ludwig Dröll in Frankfurt a. M. veranlaßt, solche Bandmaße in größerer Menge herzustellen, und übergeben sie hiermit der Beurteilung eines größeren Kreises.“

(Münch. med. Wochenschrift 1911 Nr. 51.)

Die Katheterpinzette. Von Dr. Otto Mankiewicz (Berlin): Die aseptische Einführung weicher und halbweicher Katheter begegnet mancherlei Schwierigkeiten. Selbst nach Entrierung der äußeren Harnröhrenöffnung muß man infolge Hemmungen durch Trockenheit der Schleimhaut, Fangen der Spitze des Instruments in Drüsenöffnungen und Schleimhautfalten, Verengerungen des Lumens, Abweichungen vom geraden Verlauf usw. den Katheter mit den doch nicht völlig aseptisch zu machenden Händen nachstopfen, drehen, zurückziehen und wieder vorwärts schieben. Zur Erleichterung dieser notwendigen Manipulationen und zur wirklichen aseptischen Einführung des Instruments hat sich Verfasser die Katheterpinzette machen lassen; nach dem Modell einer Spargelzange nur mit gekreuzten Branchen. Der Gebrauch des kleinen Apparats ist sehr einfach: Man faßt mit der ausgekochten Pinzette den sterilisierten Katheter etwa 4 cm von seiner Spitze, macht ihn durch ein geeignetes Medium — Verfasser bevorzugt als am wenigsten reizend sterilisiertes Olivenöl aufgetropft aus einer Flasche mit nach unten gerichtetem Schnabel — schlüpfrig und führt ihn zirka 3 cm in die Harnröhrenöffnung, dann öffnet man durch Druck auf die geriffelte Handhabe ein wenig — nicht so weit, daß der Katheter entschlüpfen kann — das Instrument, gleitet 2—3 cm distalwärts am Katheter, schließt das Instrument, schiebt den Katheter in die Harnröhre vor usw. Auf diese Weise wird jegliche Berührung des sterilen Katheters mit den Händen und der Umgebung verhindert. Wenn man das Instrument zwei- bis dreimal benutzt hat, geht die Anwendung spielend, so daß jeder Kranke, der nicht gerade an Zittern der Hände leidet, die Anwendung des Apparates schnell erlernt. Der Apparat hat sich in einer Anzahl von Fällen auch in den Händen von Kranken bewährt. Louis & H. Loewenstein (Berlin) stellen den kleinen Apparat zum Preise von M. 4.— her.

(Mediz. Klinik 1911 Nr. 9.)

Zur Begriffsbestimmung des Betriebsunfalls. Von Dr. Paul Frank (Berlin-Charlottenburg). „Der Arbeiter H., der an epileptiformen Anfällen litt und dem Alkoholgenuß übermäßig fröhnte, war am 4. Oktober 1909 im Betriebe beschäftigt. Da er Durst hatte, ging er vom dritten Hofe des Hauses, auf welchem er arbeitete, über den zweiten Hof des Hauses, um sich eine Flasche Wasser zu holen. Dieser Hof war asphaltiert, befand sich aber in gewöhnlichem Zustand. Als H. den Hof passierte, blieb er vor einem Zeugen, der sich später meldete, stehen, „wurde ganz steif“ und schlug rückwärts zu Boden. Der Zeuge hat ausdrücklich bemerkt, daß H. nicht etwa ausgeglitten ist. H. hat sich hierbei einen Schädelbruch zugezogen und ist nach wenigen Tagen, nachdem bei ihm auch noch Delirium ausgebrochen war, an Herzschwäche gestorben. Die Berufsgenossenschaft wies die Hinterbliebenen mit ihren Ansprüchen auf Hinterbliebenenrente ab, indem sie ausführte, daß H. auf dem Hofe des

Betriebes infolge eines Krampfanfalls zu Fall gekommen wäre und sich hierbei die Kopfverletzung zugezogen hätte. Es hätte sich demnach um einen Fall gehandelt, der mit der Eigenart des Betriebes überhaupt keinerlei Zusammenhang gehabt hätte. Das Schiedsgericht teilte den Standpunkt der Berufsgenossenschaft, aber das Reichsversicherungsamt hat den Hinterbliebenen doch die Rente zugesprochen. In der Entscheidung heißt es: Der Verstorbene ist zwar nicht bei einer Betriebstätigkeit, sondern bei der Vornahme einer eigenwirtschaftlichen Verrichtung verunglückt. Der erkennende Senat hat jedoch kein Bedenken getragen, sie trotzdem dem Betriebe zuzuzählen, weil solche kurze Unterbrechungen der Arbeit, insbesondere dann, wenn sie mit dem Verlassen der Betriebsstätte nicht verbunden sind, nach der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts den Zusammenhang mit dem Betriebe nicht lösen. Die Behauptung der Kläger, daß ihr Erblasser ausgerutscht und dadurch zu Falle gekommen sei, ist durch nichts begründet und durchaus unwahrscheinlich. Vielmehr muß auf Grund der glaubhaften Aussagen der in der Sache vernommenen Zeugen und im Hinblick auf die über den Fall erstatteten ärztlichen Gutachten unbedingt angenommen werden, daß der Verstorbene infolge eines Krampfanfalles zu Boden gestürzt ist. Dieser Krampfanfall ist zweifellos durch den Betrieb nicht veranlaßt. Es bleibt aber noch zu prüfen, ob etwa der Zusammenhang des Unfalles mit dem Betriebe dadurch hergestellt ist, daß eine Einrichtung des Betriebes, nämlich die Beschaffenheit der Unfallstelle, als wesentlich mitwirkende Ursache zu dem Unfall anzusehen ist. Der erkennende Senat hat diese Frage bejaht. Der Schädelbruch und dadurch mittelbar der Tod des H. wäre vermutlich nicht herbeigeführt worden, wenn die Betriebsstätte nicht mit Asphaltpflaster versehen gewesen wäre. Es war hiernach ein Betriebsunfall anzuerkennen und die Beklagte zur Zahlung der den Klägern zustehenden gesetzlichen Hinterbliebenenentschädigung zu verurteilen. Dieses Urteil weicht in verschiedenen Beziehungen von derjenigen Auffassung ab, welche auch in ärztlichen Kreisen über den Begriff des Betriebsunfalls herrscht. Man war im allgemeinen gewöhnt, unfallähnliche Folgen einer Erkrankung dann als Betriebsunfall aufzufassen, wenn eine ganz besondere Eigenart des Betriebes dazu beitrug, die Folgeerscheinungen der Krankheit zu verschlimmern. Wenn z. B. ein Mann, der an Krampfanfällen litt, im Betriebe gegen einen Maschinenteil schlug und sich dadurch verletzte, oder wenn ein Arbeiter, der sich auf einer Leiter befand, in einem Krampfanfalle von derselben herabfiel und sich hierbei beschädigte, so nahm man gegebenenfalls eine Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft an, weil eben besondere, dem Betrieb eigentümliche Gegenstände zur Verschlimmerung der Krankheitsfolgen beigetragen hatten. Im vorliegenden Falle ist nun der Verletzte in einem Krampfanfall auf einem ganz gewöhnlichen asphaltierten Hof betroffen worden und hat sich hierbei verletzt. Das Reichsversicherungsamt hat dem Umstande, daß der Hof asphaltiert

war, eine einwirkende Bedeutung auf den Verlauf und die Folgen der durch den Krampfanfall verursachten Schädigung zugesprochen. Im allgemeinen wird man bislang angenommen haben, daß ein asphaltierter Hof in einer Großstadt ein im gewöhnlichen Zustande befindlicher Hof ist und daß derselbe keine besonderen, den Betrieb, beziehungsweise Verkehr störenden Gefahren an sich hat. Das Urteil wird Anlaß geben, diese Auffassung zu modifizieren, und drängt zu der Annahme, daß die Folgen einer jeden Erkrankung, die innerhalb des Betriebes zu einer Verletzung führen, sowie der Verletzte im Verlaufe des Krankheitsfalles an irgend einem, noch so gewöhnlichen Gegenstande, der sich in dem betreffenden Raume befindet, sich verletzt, die Berufsgenossenschaft gegebenenfalls entschädigungspflichtig machen. Nicht ganz uninteressant, wenn auch von geringer Bedeutung, ist im vorliegenden Falle noch die Feststellung, daß auch eigens wirtschaftliche Tätigkeit eines Versicherten als im Banne des Betriebes liegend unter Umständen angesehen werden kann. Früher stand das Reichsversicherungsamt mehr auf dem Standpunkte, daß solche Tätigkeit nur dann als im Banne des Betriebes liegend angesehen wurde, wenn der Anlaß zu derselben durch irgend welche mit dem Betriebe zusammenhängende Dinge gegeben war, so z. B. wenn im vorliegenden Falle bei H. den Anlaß, sich Wasser zu holen, starker Durst, der durch starke Hitze, oder besonders anstrengende Arbeit verursacht wäre, gegeben hätte. Auch von dieser Auffassung ist das Reichsversicherungsamt in der vorliegenden Entscheidung abgewichen.“

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 10.)

Ueber Jodausscheidung bei Anwendung von Jodsalben. Von Dr. E. Herzfeld und cand. med. F. B. Blum (Aus dem Chemischen Laboratorium der Mediz. Universitätsklinik in Zürich). Die Jodresorption durch die Haut ist von verschiedenen Bedingungen abhängig. 1. Von der Qualität des applizierten Jods. Es zeigen sich wesentliche Unterschiede bei Anwendung von freiem Jod, anorganischen Jodiden und organisch gebundenen Jodverbindungen. Die besten Resultate wurden mit Jothion erhalten. 2. Die Quantität des aufgetragenen Jods spielt eine wichtige Rolle. Hierbei zeigten sich individuelle Unterschiede, da verschiedene Versuchspersonen auf dieselbe Quantität anders reagierten. 3. Die Grundlagen scheinen die Resorption am meisten zu beeinflussen. Die beste Grundlage war bei allen Jodpräparaten Vaseline. 4. In bezug auf die Stelle der Applikation konnten wesentliche Verschiedenheiten festgestellt werden. Am meisten geeignet für die Jodaufnahme scheint die Skrotalhaut zu sein.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 9.)

Bücherschau.

Reichs - Medizinal - Kalender, herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe (Verlag von G. Thieme, Leipzig). Der I. Teil (Taschenbuch nebst Beiheften) dieses 34. Jahrganges des verbreitetsten und beliebtesten Kalenders ist erschienen und wird wieder alle Kollegen durchaus befriedigen. Die Arzneimitteltabelle ist dieses Mal von Prof. Dr. Straub, Direktor des Pharmakologischen Instituts in Freiburg, durchgesehen und erweitert. — Der Abschnitt „Daten und Tabellen für den Praktiker“, welcher wichtige anatomische, physiologische und klinische Zahlenangaben alphabetisch aufführt, ist wiederum erweitert. — Im Kalendarium ist für jeden Tag eine volle Seite eingerichtet, so daß auch der beschäftigteste Praktiker hinreichenden Raum für seine Notizen findet. Das Beiheft ist — mit Rücksicht auf Handlichkeit und Bequemlichkeit — in zwei Teile geschieden. Im Beiheft I ist neu hinzugekommen: Ueber Katheter und Bougies, ihre Sterilisation und Anwendung bei den hauptsächlichsten Erkrankungen der Harnwege, nebst einer Anleitung zum Selbstkatheterismus der Patienten, von Prof. Dr. F. M. Oberländer in Dresden. Das Kapitel „Anleitung zur Bestimmung der zentralen Sehschärfe usw.“ ist nach dem Tode des langjährigen Bearbeiters Geheimrat Horstmann von Prof. Groenouw (Breslau) verfaßt. Die übrigen Aufsätze sind durchgesehen, verbessert und erweitert. — Beiheft II enthält die „Bade- und Kurorte“ und sämtliche auf die Anstaltspflege bezüglichen Kapitel. Das alphabetische Verzeichnis der Badeorte usw. und die Heil-, Pflege- und Kuranstalten sind von Dr. Schütze in Bad Kösen einer gründlichen Neubearbeitung unterzogen worden. Neu hinzugekommen ist eine Zusammenstellung aller Anstalten für die Kinderpflege von Prof. A. Keller (Berlin-Charlottenburg); in dieser Ausführlichkeit ist das Material an keiner anderen Stelle veröffentlicht.

Berichtigung:

In Nr. 1 pag. 64 unten soll der Schluß so heißen:
in der ihm eigenen symbolischen Form. Knappe, trefflichste Charakteristik und plastische Gestaltung phantastisch-bunter Landschaftsbilder in kultiviertester Sprachkunst sind die größten Vorzüge dieses Werkes, dessen erschöpfender Würdigung eine eigene Abhandlung gebührt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche ~~Journalauszüge~~
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau - Berlin.

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 3.

Dezember 1912

Originalarbeit.

Aus der Professor Dr. Vulpius'schen Orthopädisch - Chirurgischen
Heilanstalt in Heidelberg.

Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

Von Prof. Dr. O. V u l p i u s , Heidelberg.

Der im Folgenden zu gebende, kurze Ueberblick über die Behandlung der spinalen Kinderlähmung muß sich an die drei Stadien anschließen, welche die Krankheit durchläuft. An das erste Stadium des akuten Krankheitsprozesses, das höchstens wenige Wochen umfaßt, schließt sich das zweite oder reparative Stadium an. Während desselben bilden sich bekanntlich die Lähmungserscheinungen, erst in schnellem, dann allmählich verlangsamtem Tempo zurück. Ist das erste Jahr nach Eintritt der Lähmung abgelaufen, so sehen wir uns dem dritten oder definitiven Stadium gegenüber. Muskeln, die bis dahin noch kein wiedererwachendes Leben gezeigt haben, sind wohl als definitiv verloren zu betrachten. Trotzdem können sich in diesem Stadium noch recht folgenreiche Veränderungen einstellen, indem es zur Entwicklung von paralytischen Kontrakturen und Luxationen kommt.

Erstes Stadium.

Isolierung des Patienten ist angezeigt, ebenso die Unschädlichmachung von Erbrochenem, von Stuhl und Urin, von Nasen- und Rachenschleim, ebenso die Desinfektion von Kleidern, Leib- und Bettwäsche sowie der Wohnung. Magendarmerscheinungen stehen zu Beginn der Erkrankung häufig im Vordergrund. Es ist deshalb Desinfektion des Darmes durch Kalomel angezeigt. Weiter empfiehlt sich Schweißreizung durch heiße und trockene Packungen oder

Heißluftbäder. Warme Bäder sind anfangs weniger empfehlenswert, weil jede unnötige Bewegung des Patienten verhütet werden soll. Eisbeutel sind an der Wirbelsäule schlecht anzubringen. Leichter gelingt das Ansetzen von Schröpfköpfen im Bereich des mutmaßlichen Entzündungsherde. Der Wert der Lumbalpunktion steht noch nicht fest.

Neben der Tätigkeit des Internisten kann schon in diesem Stadium die Hilfe des Orthopäden von Nutzen sein; die Ruhigstellung der Wirbelsäule in einem gut angepaßten Gipsbett ist für den schnellen Rückgang der Entzündung sicherlich nicht ohne Bedeutung.

Zweites Stadium.

Wir müssen unsere Aufgabe erblicken einmal in der Beschleunigung der Rückbildung der myelitischen Entzündungsherde und zweitens in der Pflege der Muskulatur, bzw. der Verhütung von Kontrakturen. Die Elektrizität spielt hier eine große, wenn auch in ihrer Wertigkeit nicht exakt zu beweisende Rolle, und zwar zunächst der galvanische Strom. Eine große Elektrode wird über den Krankheitsherd gesetzt, die andere auf die vordere Rumpffläche. Man läßt erst die Anode, dann die Kathode je eine bis zwei Minuten bei mäßiger Stromstärke einwirken, ohne über 2—4 M A. zu steigen. Daneben ist die allgemeine Kräftigung des Organismus durch zweckmäßige Ernährung, Aufenthalt im Freien, sorgliche Hautpflege in ihren allgemeinen wie örtlichen Wirkungen nicht zu unterschätzen. Auch können Jod- und Eisenpräparate, Thermal- und Solbäder gegeben werden.

Neben der örtlichen Behandlung des Rückenmarks läuft die Pflege der von der Lähmung verschiedengradig betroffenen Muskeln und der peripheren Nerven. Hier besitzt der elektrische Strom unzweifelhaft großen Einfluß. Wenn der faradische Strom wegen der eingetretenen Entartungsreaktion versagt, wenden wir den galvanischen Strom in folgender Weise an: Die labile Kathode wird über die Nerven und Muskeln des Lähmungsbezirkes hingeführt, während die Anode am besten an der Wirbelsäule in der Höhe der Läsion appliziert wird. Für die sehr atrophischen und wenig erregbaren Muskeln empfehlen sich Stromwendungen, wobei beide Elektroden auf den Muskel, resp. die eine auf den zugehörigen Nervenstamm aufgesetzt werden. Die Stromstärke wird derart gewählt, daß deutliche Zuckungen und lebhaftes Hautröte entstehen. Während der Sitzung dürfen die zu behandelnden Muskeln nicht überdehnt sein.

Ein wichtiges und vielseitiges Mittel besitzen wir in der Massage in Form des Streichens, Knetens und Klopfens. Ich lasse die Massage ein- bis zweimal täglich ausführen, und zwar während des ganzen ersten Krankheitsjahres, während die Elektrizität nur während der ersten Monate regelmäßig, dann in Intervallen zur Anwendung kommt.

Auch die Gymnastik, die passive sowohl wie die aktive, wird zweckmäßigerweise mit der Massage kombiniert. Daneben empfehle ich weitere Verfahren, welche lokale Hyperämie zu erzeugen imstande sind: Warme Bäder, heiße Teilbäder, Wechselduschen, heiße feuchte oder trockene Einpackungen, letztere am einfachsten als Thermophorkompressen, Heißluft-, Sand- und Moorbäder, Fangoeinpackungen, stundenlange Stauung nach Bier, Friktionen der Haut mit spirituellen Flüssigkeiten; alle diese Applikationen dienen in verschieden intensiver Weise dem genannten Zweck der Hyperämisierung und können in geeigneter Reihenfolge, Kombination und periodischer Abwechslung längere Zeit hindurch Anwendung finden.

Eine wichtige Aufgabe muß endlich die Therapie während des zweiten Krankheitsstadiums in der Verhütung von Kontrakturen erblicken, die insbesondere an den drei großen Gelenken der unteren Extremität sich in typischer Weise entwickeln. Namentlich der Entstehung des Spitzfußes gilt es entgegen zu arbeiten durch tägliche Dehnung der Achillessehne, durch Lagerung auf geeigneten einfachen Schienen, die zugleich die Ueberstreckung des Kniegelenkes verhüten können.

Es ergibt sich aus dem Gesagten, daß im zweiten Stadium die Tätigkeit des Orthopäden sehr wichtig, ja unter Umständen von entscheidendem Einfluß ist. Kommt doch zu den bereits aufgezählten therapeutischen Maßnahmen schon im Verlauf des ersten Krankheitsjahres häufig die Herstellung eines orthopädischen Apparates hinzu, über dessen moderne Konstruktion wir aber erst im folgenden Abschnitt sprechen wollen.

Drittes Stadium.

Auch wenn wir uns jetzt, nach Ablauf eines Jahres, hinsichtlich der Lähmungslokalisation einem definitiven Zustand gegenüber befinden, so hat die im zweiten Abschnitt geschilderte Kombination, vor allem Massage, Bäder etc., doch noch eine erhebliche Bedeutung für die Erholung und Kräftigung der überlebenden Muskulatur. Daneben aber tritt die Orthopädie, und zwar die mechanische sowohl wie die chirurgische in ihre Rechte.

Ueberblicken wir die Entwicklung der Lähmungstherapie in den letzten Jahrzehnten, so können wir konstatieren, daß eine Verfeinerung eingetreten ist, sowohl hinsichtlich der zur Verwendung gelangenden Methoden, als hinsichtlich der Organe, an denen die Behandlung angreift.

Jahrtausende alt ist die Behandlung gelähmter Gliedmaßen mit Hilfe von Schienen. Aber erst die jüngste Zeit hat eine bedeutsame Verbesserung des orthopädischen Apparates gebracht. Früher waren die Schienen mittelst Gurten an der Extremität

befestigt. Wollte man einen sicheren Sitz erzielen, so mußten diese Gurten sehr fest angezogen werden. Daß dadurch eine schwere Schädigung für die Muskeln und den Blutumlauf zustande kommt, liegt auf der Hand. Der moderne Apparat hingegen wird mit dem Körper verbunden mit Hilfe von Hülsen, die genau nach dem Körper gearbeitet sind. Diese flächenhaft angreifenden Hülsenapparate sichern einen festen Halt, erzeugen verhältnismäßig wenig schädigende Nebenwirkungen. Aber auch an den Schienen selbst und ihren Gelenkverbindungen sind wesentliche Verbesserungen angebracht worden, die der Regelung der Bewegungen dienen. Eine Reihe solcher Scharniere, welche insbesondere schwer Gelähmten großen Nutzen bringen, sind in meiner Anstaltswerkstätte hergestellt worden und tragen dazu bei, daß selbst bei ausgedehnter Lähmung beider Beine Stehen und Gehen wieder möglich wird.

So erfreulich diese technischen Fortschritte auch sind, dem orthopädischen Apparat haften trotzdem Nachteile an, die nicht zu beseitigen sind. Der Apparat stellt eine dauernde Belästigung des Patienten dar, ist eine Last, die zu tragen dem gelähmten Glied besonders schwer fallen muß. Und endlich ist nicht zu bestreiten, daß auch unter dem Hülsenapparat eine Gewebsatrophie eintritt, welche die übrig gebliebene Muskelkraft bedroht. So ist das Streben nach Befreiung vom orthopädischen Apparat wohl begreiflich und berechtigt. Und in der Tat verfügen wir heute über Operationen, die in der großen Mehrzahl der Fälle den Apparat entbehrlich machen können.

Die ersten solchen Operationen griffen an den schlotternden Gelenken an. Die „Arthrodesen“ hat den Zweck, durch totale Lähmung haltlos gewordene Gelenke zu versteifen und dadurch die wertlos gewordene Extremität wieder brauchbar zu machen. Man hat solche Arthrodesen zunächst an der unteren Extremität ausgeführt. Ihre Erfolge sind aber am Arm beinahe noch erfreulicher zu nennen. Die Technik bietet keine Schwierigkeiten; die Arthrodesen sind nichts anderes als eine schonend ausgeführte Resektion. Die des Knorpelüberzuges beraubten Gelenke werden im Gipsverband für einige Monate festgestellt, bis eine sichere, möglichst knöcherne Ankylose eingetreten ist. Da wir durch diese Operation einen pathologischen Zustand, die Ankylose, erzeugen, so gilt es, vorher abzuwägen, ob dieser Zustand gegenüber dem früheren Schlottergelenk erhebliche funktionelle Erfolge aufzuweisen hat. Es ist Pflicht des Arztes, die Angehörigen vor der Operation über ihre Folgen aufzuklären, damit diese entscheiden können, ob das Gelenk geopfert werden soll. In der Praxis unmöglich durchführbar aber ist der Vorschlag, daß man

bis zur Volljährigkeit des Patienten warten soll, um ihm selber die Entscheidung zu überlassen.

Die funktionellen Erfolge der Arthrodese können bei richtiger Auswahl der Fälle recht erfreulich sein. Die Versteifung des Knie- oder Sprunggelenkes, oder wohl auch beider Gelenke zusammen, vermag einem Bein die Stützfähigkeit wiederzugeben. Wir können auf diese Weise einem bis dahin gehunfähig gewesenen Menschen auf die Beine helfen. Sind beide Hüftgelenke mitergriffen, so kann die hinzugefügte Arthrodese eines Hüftgelenkes unter Umständen einen hilflos rutschenden Krüppel zu einem sich selbständig fortbewegenden, arbeitenden Menschen machen. Ueberraschend geradezu sind die Erfolge am Schultergelenk. Ist der Humerus mit dem Schulterblatt durch die Arthrodese zu einem einzigen Knochen verschmolzen, so ermöglicht die Arthrodese das vikariierende Eintreten der Schultermuskulatur. Trotz völliger Lähmung der eigentlichen Schultergelenkmuskulatur, insbesondere des Musculus deltoideus, wird der Arm weit über die Horizontale gehoben und ausgiebig nach vorne und hinten geführt. Ist die Hand von der Lähmung verschont geblieben, so ist durch die Schulter-Arthrodese ihre Brauchbarkeit natürlich gewaltig gesteigert. Für Ellenbogen und Handgelenk dagegen wider-rate ich die Arthrodese durchaus.

Derartige Erfolge lassen indessen ein gewisses Mißbehagen nicht verschwinden, das man immer wieder empfindet, wenn man ein an sich gesundes Gelenk eröffnet, um es ein für allemal zu zerstören. Man wird die Arthrodese nach Möglichkeit umgehen und zu ersetzen suchen durch Operationen an den Muskeln und Sehnen. Hat schon die einfache Tenotomie seinerzeit einen gewaltigen Umschwung in der Orthopädie herbeigeführt, so ist mit der Entwicklung der plastischen Sehnenoperationen, insbesondere der Sehnenüberpflanzungen, eine ganz neue Aera hereingebrochen. Die plastische Verlängerung einer Sehne mittels Treppenschnitt empfiehlt sich dann, wenn die voraussichtliche Diastase der Sehnenstümpfe nach querrer Tenotomie eine sehr erhebliche wäre und die Wiedervereinigung in Frage stellte. Durch die Verkürzung der Sehne vermögen wir einem durch Ueberdehnung und Inaktivität geschädigten Muskelbauch normale Spannung wiederzugeben und sehen dabei den Muskel sich teilweise wieder erholen.

Ungleich wichtiger ist die Sehnenüberpflanzung, deren Entwicklung während der letzten 15 Jahre mich besonders beschäftigt hat. Zunächst einige Worte zur Indikation der Sehnenüberpflanzung. Die Operation kann nur dann einen Erfolg versprechen, wenn die Lähmung auf einige Muskeln beschränkt geblieben ist, während in der Nachbarschaft gesundes Muskelmaterial in reichlicher Menge zur Verfügung steht. Nur die Erfahrung kann darüber Auskunft geben, ob das

überlebende Muskelmaterial für die Zwecke der beabsichtigten Ueberpflanzung ausreichend und geeignet ist. Bei der Entscheidung zwischen Arthrodesse und Sehnenüberpflanzung dürfen auch soziale Gesichtspunkte nicht außer Acht gelassen werden. Die Sehnenüberpflanzung erfordert weit größere Sorgfalt und Ausdauer in der Nachbehandlung als die Arthrodesse. Im Zweifelsfalle wird man sich also bei ungünstigen äußeren Verhältnissen eher einmal zur Arthrodesse entscheiden, als zu einer Ueberpflanzungsoperation, deren Resultat durch Unvermögen oder Verständnislosigkeit der Eltern bald wieder zunichte gemacht würde. Da an der unteren Extremität die Inanspruchnahme der überpflanzten Sehnen natürlich eine wesentlich stärkere ist, als am Arm, so wird an letzterem die Ueberpflanzung bei mäßigen Muskelverhältnissen eher noch zu einem Erfolg führen, als am Bein.

Ehe wir zur Operation schreiten, muß der Plan für diese feststehen. Wir gewinnen ihn durch klinische Beobachtungen der aktiven Muskeln, welche durch elektrische Untersuchung Stütze und Bestätigung finden können. Gerade die Aufstellung des Operationsplanes erfordert eine nicht geringe Erfahrung, damit die richtigen Muskeln gewählt und zur richtigen neuen Insertionsstelle auf richtigem Wege hingeleitet werden. Auf alle Einzelheiten der Technik können und brauchen wir an dieser Stelle nicht einzugehen.

Nur kurz können die beiden Methoden skizziert werden, nach denen die Ueberpflanzung der kraftspendenden Sehnen erfolgt. Wir können die gesunde Sehne absteigend auf die gelähmte Sehne befestigen, und zwar unter Herstellung einer richtigen Spannung, von deren Beibehaltung der schließliche Erfolg wesentlich abhängt. Oder wir befestigen die gesunde Sehne am Periost an einer Stelle, die für die Wiederherstellung der betreffenden Funktion besonders geeignet ist. Ich verwende die letztere Methode dann, wenn die gelähmte Sehne mir zu schwach erscheint, um den Zug der gesunden Sehne auszuhalten, was nur ausnahmsweise der Fall ist. Es gilt dies für die Quadriceps-Sehne oberhalb der Patella, weil diese oft mit degenerierten Muskelfasern durchsetzt und dadurch abnorm widerstandslos ist. Es gilt dies ferner für den Peroneus tertius, weil er inkonstant in seiner Entwicklung, aber für die von uns erstrebte Abduktion des Fußes von Wichtigkeit ist. Ich vermeide prinzipiell die Einfügung künstlicher Seidensehnen, wie sie L a n g e empfiehlt, und befinde mich dabei in Uebereinstimmung mit der großen Mehrzahl der Chirurgen, welche die Einführung eines Fremdkörpers in den Organismus als eine Komplikation des operativen Eingriffes betrachten und darum vermeiden, wo immer es möglich ist. Nachdem die exakte Vernähung der Sehnen erfolgt ist, wird die Haut vollkommen vernäht und die Extremität für einige Wochen ruhig gestellt.

Von großer Bedeutung ist selbstverständlich die Nachbehandlung. Diese besteht in Elektrisieren, Massieren, Baden und vor allen Dingen in Heilgymnastik. Solche exakt ausgeführte Uebungen dienen einmal der Kräftigung der Muskeln, sie haben aber die weitere und noch wichtigere Aufgabe, auf die Hirnrinde erzieherisch einzuwirken. Nur durch die Uebung wird es den Patienten möglich, die überpflanzten Muskeln im richtigen Moment und mit guter Energie zu innervieren.

Mit den Erfolgen der Sehnenüberpflanzung dürfen wir heute im großen Ganzen wohl zufrieden sein. Wenn wir auch die verloren gegangene Bewegungsfähigkeit gewiß nicht immer in voller Ausdehnung oder mit voller Kraft wiederherstellen können, so ist doch ein Teilerfolg da außerordentlich hoch einzuschätzen, wo bis vor kurzem Hilfe überhaupt unmöglich schien.

Der neuesten Zeit gehören Versuche an, den spinalen Lähmungen noch näher am Sitz der Krankheit beizukommen, indem man Operationen an den Nervenstämmen ausführt. Die „Nervenüberpflanzung“ sucht die gleiche Idee, die an den Sehnen bereits in die erfolgreiche Tat umgesetzt wurde, an den Nerven zu verwirklichen, indem ein gelähmter Nerv mit einem gesunden motorischen Nerven durch Naht vereinigt wird. Die Technik der Operation ist natürlich um so viel schwieriger, da die in Angriff genommenen Gebilde feiner sind, als die Sehnen. Können wir schon bei der frischen Nerven-naht für den Erfolg keineswegs garantieren, so sind die Resultate der Nervenüberpflanzung vollends noch recht unsicher und problematisch. Ich halte darum Versuche mit der Nervenüberpflanzung nur da für berechtigt, wo wir mit der Sehnenüberpflanzung nichts ausrichten können. Ob neueste Forschungen über den feineren Aufbau des Nerven, welche die Technik der Ueberpflanzung erst recht kompliziert machen, imstande sein werden, die Erfolge der Nervenüberpflanzung zu steigern, darüber wird uns erst die zukünftige Erfahrung belehren können. Allzugroßen Hoffnungen in dieser Hinsicht gebe ich mich nicht hin. Es wird überhaupt niemals eine einzelne Methode die allein berechnete in der Behandlung der Kinderlähmung sein können, vielmehr wird stets die richtige Auswahl und Kombination der verschiedenen uns zur Verfügung stehenden Methoden notwendig sein, um in der Hand eines auf allen Gebieten seines Spezialfaches erfahrenen Arztes das Bestmögliche in der Behandlung der spinalen Lähmungen zu leisten.

Journal-Auszüge.

Agrypnie.

Zur Hydrotherapie der nervösen Schlaflosigkeit. Von Dr. C. Pototzky (Berlin). In dem Aufsatz heißt es: Neuerdings ist man geneigt anzunehmen, daß im Schlaf eine Hyperämisierung des Gehirns eintritt. Den darauf basierenden Hinweis, aus diesem Grunde Maßnahmen anzuwenden, die eine Blutanhäufung im Gehirn bewirken sollen, wie z. B. Fürstenberg zur Erklärung der schlafmachenden Wirkung der Radiumemanation folgert, halte ich für durchaus anfechtbar. Denn einmal wissen wir nicht, wie sich bei Nervösen die Zirkulationsverhältnisse im Gehirn vor dem Eintritt des Schlafes und während des Schlafes gestalten, ob nicht bei den Vasomotorikern, zu denen die Schlaflosen meistens gehören, gerade eine zu starke Blutfüllung des Gehirns den Eintritt des Schlafes verzögert. Meiner Ansicht nach müssen wir uns in dieser Frage vor allem auf unsere praktischen, klinischen Erfahrungen verlassen, nach denen bei den meisten Schlaflosen das Gefühl des „heißen Kopfes“ und der „Erregung“ im Vordergrund steht und daher ableitende Prozeduren, in richtiger Weise zur Anwendung gebracht, indiziert sind. An den Forderungen, die an die für die Behandlung der Schlaflosigkeit geeigneten Prozeduren zu stellen sind — reizmildernd und ableitend zu wirken — ist daher festzuhalten! Die folgenden kurzen Ausführungen sollen dartun, wie diese Forderungen infolge einer unrichtigen Handhabung der üblichen hydriatischen Prozeduren nicht erfüllt werden und wie es daher nicht verwunderlich ist, daß trotz der Befolgung der allgemein geübten Maßnahmen so häufig ein Mißerfolg in der Behandlung der Schlaflosigkeit zu verzeichnen ist. In einer Reihe von Jahren habe ich an einem sehr reichhaltigen Material in klinisch geleiteten Anstalten die schlafbringende Wirkung der einzelnen hydriatischen Prozeduren bei verschiedenartiger Anwendung zu beobachten Gelegenheit gehabt und möchte diese Erfahrungen dem ambulatorisch tätigen Praktiker übermitteln, da dieser mangels der Möglichkeit einer klinischen Beobachtung selten in der Lage sein wird, die oft ungünstige Wirkung der von ihm verordneten Bäder, Packungen usw. in ihren einzelnen Phasen zu beobachten. Der Praktiker ist daher auf die Methodik angewiesen, wie sie in den Lehrbüchern der Hydrotherapie skizziert ist. Und in den Lehrbüchern sind gerade bei dem Kapitel der Behandlung der Schlaflosigkeit fast durchgehend Verordnungen empfohlen, die ich nach meinen Erfahrungen nicht gutheißen möchte. Meine Kritik bezieht sich dabei in erster Linie auf die Verordnung oft recht differenter hydriatischer Anwendungen kurz vor dem Schlafengehen! Es muß zugegeben

werden, daß der Arzt meist durch den Patienten selbst gezwungen wird, zu abendlichen Verordnungen hydriatischer Maßnahmen zu greifen, da der Kranke doch eine Verordnung haben möchte, die unmittelbar auf den Eintritt des Schlafes wirken könne. Daher kommt es, daß der Praktiker aus den Lehrbüchern gerade die dort beschriebenen des Abends zu verabreichenden Rezepte herausgreift, ohne daran zu denken, daß die wichtigste Aufgabe bei der Bekämpfung der nervösen Schlaflosigkeit darin liegt, die allgemeine Nervosität zu bessern, wie es ja mit Recht die meisten Autoren angeben. In der seitens des Praktikers geübten Bevorzugung der abendlichen hydriatischen, dabei nicht indifferenten Prozeduren liegt also meines Erachtens der Kardinalfehler, da jeder hinsichtlich seiner Wirkung nicht ganz vorsichtig dosierte Eingriff eher eine Erregung herbeiführen und so die Chancen des Eintrittes des Schlafes noch vermindern kann! Es sollen in folgendem einige Prozeduren aufgeführt werden, deren Wirkung ich nach meinen Erfahrungen, obwohl diese Maßnahmen in bekannteren neueren Lehrbüchern in abendlicher Verabreichung empfohlen werden, als eine durchaus ungünstige bezeichnen muß. Zunächst müßte als oberster Grundsatz gelten, alle an sich erregenden Anordnungen des Abends zu vermeiden. Trotzdem empfiehlt *D e t e r m a n n*, kühle Abgießungen der Unterschenkel und der Kniee vor dem Schlafengehen zu verabreichen. Nun wirken Güsse an sich, ganz abgesehen von der Temperatur, infolge des mechanischen Faktors erregend, und es würde das Gegenteil einer schlafbringenden Wirkung von vornherein anzunehmen sein. In diesem Falle läßt sich wohl auch ein wissenschaftlicher Beweis für die Annahme der ungünstigen Wirkung einer derartigen Prozedur erbringen. Wenn nämlich in den meisten Fällen nach unserer klinischen Forderung eine Ableitung vom Kopf durch eine hydriatische Prozedur angestrebt werden soll, so ist hierzu ein kühler Guß eine ungeeignete Maßnahme. Denn *G l a m s e r* berichtet in einer neueren Arbeit über die Verhältnisse der Hirnzirkulation an Tieren mit Schädeldefekten, daß bei einem Guß wie bei jeder kurzen Applikation im Vordergrund das Moment der sensiblen Reizung steht, auf die das Gehirn mit einer erhöhten Volumkurve reagiert. Man würde also bei einer derartigen Maßnahme die beiden wichtigen Forderungen nicht erfüllen: einmal würde nicht ein nervenberuhigender, sondern im Gegenteil ein „erregender“ Effekt resultieren; zweitens würde aber auch die erstrebte Ableitung nicht erzielt werden. Auch kalte Fußbäder, wie sie von *B r i e g e r* und *L a q u e u r* abends empfohlen werden, wirken zu chokartig, als daß sie den gewünschten Erfolg haben könnten. Ebenso verhält es sich mit den nach *B u x b a u m* abends zu verabreichenden kalten fließenden Fußbädern. *L a q u e u r* empfiehlt ferner abendliche

wechselwarme Fußbäder. Auch bei diesen ist meiner Ansicht nach der durch den schroffen Wechsel der Temperaturen hervorgerufene Chok zu groß, als daß er übersehen werden dürfte. Ueberhaupt darf man bei den wechselwarmen Fußbädern, die jetzt recht häufig verordnet werden, die Indikationsgrenzen nicht zu weit ziehen. Denn bei Nervösen kann der Schreck bei dem raschen Wechsel der Temperaturen den Erfolg von vornherein aufheben; dann ist auch die Wechselwirkung von „warm“ und „kalt“ keine exakt dosierbare, da — wenigstens in der einfachen häuslichen Technik — die Temperatur der Luft bei jedem Wechsel des Gefäßes als beachtenswerter Faktor in Rechnung zu setzen ist. Ebenso erregend wirkt ein kaltes Sitzbad, wie es Straßburger vor dem Schlafengehen empfiehlt. Weniger ungünstig, aber sehr unsicher wirken die warmen Sitzbäder nach Brieger und Laqueur. Ferner halte ich es für nicht gerechtfertigt, abends Halbbäder, wie Buxbaum vorschlägt, zu verabreichen. Ein Halbbad ist doch ein „Anregungsmittel“, sein Indikationsgebiet ist so groß, daß man es nicht noch zur Behandlung der Schlaflosigkeit in abendlicher Verabreichung heranzuziehen braucht. Auch die von demselben Autor für den Abend vorgeschlagenen Kohlensäurebäder möchte ich als zu erregend zurückweisen. Straßburger gibt abends Sauerstoffbäder, die zwar zu diesem Zwecke geeigneter als Kohlensäurebäder sind, aber auch besser auf eine frühere Tagesstunde verlegt werden sollten. Ueberhaupt muß man mit einer abendlichen Verabreichung selbst einfacher, indifferenter Vollbäder vorsichtig sein, da man auch hier mit einer erregenden Wirkung in vielen Fällen rechnen muß. Brieger und Laqueur sowie Determann schlagen kürzere oder länger ausgedehnte laue Vollbäder des Abends vor, doch meint trotz dieser Empfehlung Determann selbst, daß man bei dieser Verordnung auch Mißerfolgen begegnet. Nach meiner Erfahrung ist es ratsamer, auch die indifferenteren Vollbäder nicht kurz vor die Schlafenszeit zu legen. Ebenso riskant sind die abendlichen oder sogar nächtlichen Luftbäder, wie sie von Laqueur und Determann vorgeschlagen werden. Nach meinen Beobachtungen wirken nämlich derartige Luftbäder meist erregend, zumal da sie häufig ein quälendes Frostgefühl, das den Schlaf völlig verscheucht, auslösen. Uebrigens wären nächtliche Luftbäder nur sehr kräftigen und widerstandsfähigen Individuen anzuraten, da die Erkältungsgefahr eine große ist. Weniger schädlich als die vorher beschriebenen Prozeduren wirken die abendlichen Packungen. Doch auch hier muß man seine Patienten genau kennen. Eine Dreiviertel- und besonders eine fest anliegende Ganzpackung, wie sie Laqueur vorschreibt, würden nur die wenigsten Patienten ohne Unbehagen kurz vor dem ersten Eintritt des Schlafes vertragen können. Gerade in dieser Zeit sind doch besonders unlustbetonte

Gefühle möglichst auszuschließen, um so weniger darf man es daher riskieren, sie artifiziell hervorzurufen. Dem Vorschlage von D e t e r - m a n n , nachts Halbeinpackungen für zwei Stunden anzulegen, möchte ich gleichfalls nicht beistimmen. Dagegen leisten die von L a q u e u r verabreichten P r i e ß n i t z 'schen Leibumschläge bisweilen Gutes, ebenfalls die von L a q u e u r und von B u x b a u m empfohlenen Wadenbinden. Die vorangegangenen Ausführungen möchte ich dahin resümieren, daß ich dringend empfehle, von abendlichen hydriatischen Prozeduren bei der Behandlung der Schlaflosigkeit möglichst Abstand zu nehmen. Wir sollen die Hydrotherapie nicht etwa ganz aus dem Gebiete der Behandlung der Schlaflosigkeit ausschalten, im Gegenteil leisten uns hierbei die hydriatischen Prozeduren, zur richtigen (Tages-)Zeit angewandt, ganz unschätzbare Dienste. Nur mit der abendlichen Verordnung derartiger Maßnahmen müssen wir zurückhaltend sein, und wir dürfen uns nicht durch die Patienten, die abends „zum Schlafen“ etwas verordnet haben wollen, zu ungeeigneten Prozeduren drängen lassen. Natürlich wird es immer einzelne Fälle geben, in denen wir abends etwas verordnen müssen; dann muß die Prozedur möglichst wenig different sein; wir müssen also ziemlich sicher sein können, daß sie keinen Schaden anrichten wird, wenn man auch auf einen sicheren Erfolg nicht wird rechnen können. So verordne ich bisweilen eine kühle (nicht zu kalt anlegen!) „Fuß-Unterschenkel-Kniepackung“. Diese Packung umfaßt die unteren Extremitäten bis hinauf zu den Knieen. Oberhalb der Kniee schneidet sie ab. Entweder sind die Extremitäten in einer gemeinsamen Packung zu vereinen, oder es muß bei empfindlicheren Patienten jedes Bein seine eigene Packung erhalten. Die Packung darf nicht zu fest angelegt werden, damit der Patient sie bei Unbehagen oder bei etwaigem Transpirieren unter der Bettdecke mit Hilfe der Füße selbst lockern kann. Von dieser Packung habe ich bisweilen Gutes gesehen. Meist tritt ein behagliches allgemeines Wärmegefühl auf, das den Schlafeintritt befördert, ohne daß die Packung selbst wesentlich belästigt. In den meisten Fällen wird man sich aber eine strenge Zurückhaltung von der Verordnung abendlicher hydriatischer Prozeduren zum Leitsatz zu machen haben. Genügen die während des Tages zur Hebung des Allgemeinbefindens und zur Beruhigung des Nervensystems verabreichten Bäder usw. nicht, so müssen wir des Abends auf Verordnungen zurückgreifen, die dem reichen Schatze anderer Heilgebiete, so der medikamentösen Therapie, der Psychotherapie und Diätetik entnommen sind. Durch eine bewußte Zurückhaltung und kritische Auswahl wird man dann oft überraschend schnell selbst einer schweren nervösen Schlaflosigkeit Herr werden können.

(Zeitschrift für physikal. und diätet. Therapie, Juli 1912.)

Paraffinwatte als Antiphon. Von Dr. Frank (Dudweiler): „Beim Kampf gegen den Lärm steht uns im Tragen von Antiphonen ein Mittel zur Verfügung, das zwar wegen äußerer Umstände nur eine beschränkte Anwendung erlaubt, innerhalb seiner Grenzen aber eine vorzügliche, einfache und unschädliche Wirkung entfaltet. Die Idee, ein Antiphon oder Schalldämpfer im Gehörgang zu tragen, um eine künstliche Taubheit zu erzeugen, ist wegen ihrer Einfachheit uralte, denn Odysseus ließ bekanntlich seinen Schiffsgefährten die Ohren mit Wachs verstopfen, um sie gefahrlos am Zaubergesang der Sirenen vorbeizubringen. Dieses Wachs — man zieht jetzt der Weichheit halber leicht schmelzendes Paraffin vor — braucht nur noch mit Watte zum Zwecke eines festeren Zusammenhaltes durchknetet zu werden, um ein gutes Antiphon zu erhalten. Vor einiger Zeit brachte eine Firma solche Antiphone in den Handel, die zwecks besseren Zusammenhaltes noch mit einem feinen Seidenbeutelchen eingehüllt waren. Aber eine praktische Erprobung ergab, daß sie gegenüber den nicht umhüllten Kugeln keinen Fortschritt bedeuteten. Sie haben den Nachteil, daß sie trotz großer Weichheit des Paraffins zu prall gefüllt sind und daher auf den Gehörgang einen unangenehmen Druck ausüben. Dieser Druck kann in den ersten Minuten auch bei nicht umhüllten Kugeln vorhanden sein, verschwindet aber bald, da das wärmer werdende Paraffin ganz weich wird. Die hineingeknetete Watte genügt auch völlig zum Zusammenhalten der Kugeln. Die Anfertigung der Paraffinwatte ist einfach. Man nimmt ein Stückchen leicht schmelzendes Paraffin, wärmt es an, so daß es butterweich wird, und knetet allmählich ganz feine Watteflocken hinein, bis die ganze Masse mit einem gleichmäßigen Netze von Wattefasern durchzogen ist. Von dieser Masse teilt man sich Kugeln ab, die etwas dicker sind, als die lichte Weite des Gehörganges. Kleiner dürfen sie nicht sein, sonst gleiten sie zu tief hinein. Man steckt nun in jede Ohröffnung eine solche Kugel; nach einer Minute sind sie durch die Körperwärme erweicht, ein leichter Druck auf den Tragus genügt dann, um sie etwas tiefer zu schieben, wodurch allseitig ein luftdichtes Anliegen an den Gehörgang erreicht ist. Zu fest soll der Druck nicht sein, da sonst die dahinter zusammengepreßte Luft auf das Trommelfell drückt und etwas Ohrenklingen verursacht. Jetzt ist eine Schwerhörigkeit geschaffen, die der durch Ohrenschmalzpfröpf verursachten entspricht. Lautere Geräusche sind zwar vernehmbar, klingen aber wie aus weiter Ferne. Das Tragen von Antiphonen im Freien verbietet sich von selbst, da sonst Warnungssignale überhört werden können. Ob sie in der Wohnung bei Verrichtung geistiger Arbeit vielleicht eine Erleichterung bedeuten, könnte in geeigneten Fällen versucht werden. Ihre wichtigste Anwendung ist die als Schlafmittel, bei Gesunden und Kranken, wenn durch den Lärm der Umgebung,

bei Tag oder bei Nacht, das Einschlafen erschwert ist, oder wenn immer neue Geräusche, an denen das Leben in der Stadt so reich ist, den Schlaf stören. Für Leute mit leisem Schlaf setzen sie die Reizschwelle für Aufwecken durch Lärm, wie man sich durch Anrufen überzeugen kann, sehr herab. Wer gewöhnt ist, auf einem Ohr zu schlafen, kann, wenn er eine etwas geringere Wirkung wünscht, ein Antiphon auf dem freien Ohr tragen; andernfalls verstopft man beide Ohren. Persönlich habe ich die Wirkung am angenehmsten dann empfunden, wenn man, gegen Ende der Nacht von einem nächtlichen Krankenbesuch heimkehrend, versuchen will, trotz des Lärmens der jetzt erwachenden industriellen Umgebung noch einige Stunden Schlaf zu finden. Die Ohrkugeln täuschen sofort wieder tiefste Nachtruhe vor, und dem Einschlafen stehen keine Hindernisse mehr im Wege. Der einzige Nachteil, der sich zeigen könnte, wäre der, daß das Herausnehmen der Kugeln Schwierigkeiten macht; für gewöhnlich kann man sie einfach mit dem Finger oder mit der Spitze eines Hölzchens und dergleichen herausholen. Sollten sie wirklich in der Tiefe sitzen bleiben, so dürfte eine Herausnahme mit dem Ohrenspiegel keine Schwierigkeit bieten. Wenn man sich einmal an das Fremdkörpergefühl gewöhnt hat, wie es ja bei Brillen und dergleichen auch erst eintreten muß, dann möchte man die einfache Maßnahme nicht mehr entbehren und empfindet die durch sie geschaffene Stille der Umgebung als behagliche Wohltat.

(Medico 1912 Nr. 31.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion.

Warum wirkt gerade 70%iger Alkohol so stark bakterizid?

Von Prof. Dr. E. Frey (Pharmakologisches Institut in Jena). Es hat sich für die Tatsache, daß Alkohol bei 70% ein Maximum der desinfizierenden Wirkung besitzt, während schwächere wie stärkere Konzentrationen weniger wirksam sind, eine Erklärung in der Wirkung des Alkohols auf trockenes Eiweiß geben lassen. Nur mittlere Konzentrationen von Alkohol verändern das Eiweiß im Sinne einer Koagulation so, daß es, nach der Vorbehandlung mit Alkohol in Wasser gebracht, seine Quellungsfähigkeit sowie seine Löslichkeit in Wasser einbüßt, während schwache und starke Konzentrationen nicht in derselben Intensität wirksam sind. Das Maximum dieser Wirksamkeit auf Eiweißstoffe, an Serumalbumin geprüft, liegt bei 60 bis 70%. Es beruht die Existenz eines Maximums der Wirkung bei steigender Alkoholkonzentration darauf, daß die koagulierende Wirkung zwar dauernd wächst, aber die Verteilung des Alkohols auf das Kolloid aus dem Wasser dauernd abnimmt, so daß mit steigender Konzentration an Alkohol zwei Prozesse in entgegengesetztem Sinne

verlaufen, die beide zur Hervorbringung einer Wirkung nötig sind, woraus ein Maximum der Wirksamkeit resultieren muß.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Zur Frage der Sterilisation der Gummihandschuhe. Von Prof. Dr. C. Arnd und Dr. F. Rusca (Inselspital Bern). Verfasser haben 5‰ Lösungen von Schwefelsäure verwendet und in ihrer Wirkung infizierte Gummihandschuhe untersucht, indem sie Stückchen von Handschuhen während zwölf Stunden in Bouillonkulturen von Staphylokokken, Streptokokken und Coli-Bazillen unter mehrmaligem Umschütteln verweilen ließen. Die Gummistückchen wurden dann getrocknet und eine bis zwölf Stunden in der 5‰ Schwefelsäurelösung liegen gelassen. Sie erwiesen sich bei mehrfachen Versuchsreihen schon nach einer Stunde als steril. Von 36 Röhrchen wiesen allerdings vier als zufällige Verunreinigung *Bacillus subtilis* auf, dessen Sporen ja als äußerst resistent bekannt sind. Diese Sporen befanden sich primär an den Handschuhen. Verfasser haben auch versucht, die Schwefelsäure dadurch von einer eventuellen Nachwirkung abzuhalten, daß sie die Gummistückchen nach der Entnahme aus der Schwefelsäure in steriler $\frac{1}{10}$ n. Natronlauge längere Zeit abspülten und nachher noch die Natronlauge in destilliertem Wasser entfernten. Auch diese Versuche ergaben eine vollständige Desinfektion der Versuchsobjekte. Diese 5‰ Schwefelsäurelösung ist an und für sich für die Hände bei kürzerer Berührung weder unangenehm noch schädlich. Verfasser haben trotzdem die Handschuhe immer in sterilem Salzwasser abgespült. Sie verwenden diese Lösung seit drei Jahren allein zur Desinfektion der Gummihandschuhe, die nach Gebrauch bei einer Operation im fließenden Wasser abgebürstet und dann getrocknet werden. Sie werden jeweilen am Abend in die Lösung gelegt und nach zirka 10—12 Stunden wieder verwendet. Mit den Resultaten können Verfasser vollkommen zufrieden sein; wenn Wundinfektionen vorkamen, die glücklicherweise selten genug sind, so hatten sie niemals Ursache, sie auf die Gummihandschuhe zurückzuführen, sondern waren immer in der Lage, einen gröberen Fehler der Asepsis nachzuweisen. Eines fiel an diesen so zubereiteten Gummihandschuhen auf: Ihre Zugfestigkeit; sie hielten dem Messer, den Nadeln, den Pinzetten natürlich nicht besser stand als andere und mußten deshalb außer Gebrauch gesetzt werden, daß ein Gummihandschuh aber zerreißt durch die normale Verwendung bei der Operation oder beim Anziehen, kam seit Verwendung der Schwefelsäuredesinfektion nicht mehr vor. Die Ausgaben für Gummihandschuhe haben sich auf die Hälfte bis $\frac{2}{3}$ reduziert, da ja die Nadelstiche sich leicht reparieren lassen. Man muß natürlich nicht vergessen, daß auch die 5‰ Schwefelsäure organische Stoffe angreift,

und muß die Entnahme der Gummihandschuhe aus der Schwefelsäurelösung deshalb etwas vorsichtig machen, wenn man nicht leicht bräunliche Flecken auf Schürzen und Kleidern entstehen lassen will. Diese Vorsichtsmaßregeln sind so leicht zu treffen, daß man fast nicht wagen darf, davon zu sprechen. Die Schwefelsäurelösung läßt sich auch ohne wesentliche Schädigung der Gummihandschuhe zum Auskochen derselben verwenden. Verfasser haben Gummihandschuhe bis zu zehn Stunden im Ganzen in der Lösung kochen lassen, ohne daß sie sich in ihrem Aussehen von neuen Gummihandschuhen nachher unterscheiden ließen. Ein Kontrollpaar, das im Wasser gekocht wurde, war nach einigen Stunden Kochens zerreißlich geworden. Ein anderes Paar, das in 2‰ Sublimat im Ganzen zwölf Stunden verweilt hatte, in der Zwischenzeit aber ebenso gut getrocknet und mit Talg eingepudert worden war, wie die anderen, war vollkommen mürbe. Ganz gefährlich für den Gummi schien der Seifenspirit und die Lysollösung zu sein. Wer der Kaltdesinfektion mit 5‰ Schwefelsäure trotzdem nicht trauen will, kann durch Verwendung dieser Lösung im kochenden Zustande eine Desinfektion der Handschuhe mit absoluter Sicherheit in kürzester Frist erreichen, ohne trotz wiederholter Anwendung dieser Maßregel seine Gummihandschuhe im wesentlichen Maße zu schädigen.

(Therapeutische Monatshefte, September 1912.)

Arthritis deformans.

Arthritis und Unfall war das Thema, über das Prof. Dr. G. Ledderhose (Straßburg) auf dem III. Internationalen medizinischen Unfallkongreß (Düsseldorf, August 1912) sprach. Aus dem Vortrage sei folgendes gebracht: „Es ist wohl ohne weiteres einleuchtend, daß ein Trauma irgend welcher Art bei einem gesunden und nicht arthritisch disponierten Individuum die Arthritis deformans, als Allgemeinleiden aufgefaßt, nicht hervorzurufen vermag. Aber in anderer Form bestehen nahe Beziehungen zwischen der Arthritis deformans und Unfällen. Zwei Möglichkeiten kommen da in Betracht.

1. Bei einem arthritisch disponierten, aber noch nicht arthritisch erkrankten oder auch bei einem bereits an einem anderen Gelenk mit Arthritis deformans behafteten Individuum erleidet ein bis dahin vollkommen normales Gelenk einen einwandfreien Unfall, etwa eine Quetschung oder eine Verstauchung. Diese würden bei einer nicht arthritischen Person bald ohne Folgen ausheilen, in unserem Falle aber kommt in kontinuierlicher Entwicklung ein lokaler Prozeß zur Ausbildung von den Eigenschaften der Arthritis deformans, der im weiteren Verlauf auch andere Gelenke ergreift. Unter diesen Umständen wird es wohl nicht zweifelhaft sein, daß wir im Sinne der

Unfallgesetzgebung die in dem verletzten Gelenk aufgetretene Arthritis deformans als zu entschädigende Unfallfolge aufzufassen haben. Nicht so klar gestaltet sich die Beurteilung der sekundären Manifestationen der Arthritis deformans in anderen Gelenken. Diese werden wir in unserem Beispiel wohl nur dann als Unfallfolge ansprechen dürfen, wenn ihre Entstehung in irgend eine indirekte Beziehung zu der primären Gelenkverletzung gebracht werden kann. Hat zum Beispiel bei einem arthritisch disponierten Individuum eine Quetschung des Kniegelenks zur Arthritis deformans geführt, und sah sich der Verletzte durch diese Erkrankung genötigt, längere Zeit mit starker Außendrehung des Beines zu gehen, so kann dadurch eine derartige Störung in der Statik des gleichseitigen Hüftgelenks veranlaßt werden, daß Arthritis deformans coxae die Folge ist. Auch könnte gegebenenfalls das Auftreten der Arthritis deformans in dem anderen Kniegelenk ursächlich dadurch erklärt werden, daß das unverletzte Bein in vermehrter Weise in Anspruch genommen wurde.

2. Ein offenbar bereits an Arthritis deformans erkranktes Gelenk erleidet einen Unfall. Während die Gelenkaffektionen dem Patienten bis dahin nur geringe Beschwerden verursacht hatte oder ihm vielleicht ganz unbekannt geblieben war, wird das Gelenk nach dem Unfall vermehrt schmerzhaft und erheblich funktionsbeschränkt. Auch in diesem recht häufigen Fall darf man vom wissenschaftlichen wie praktisch-sozialen Standpunkt aus ohne Bedenken die in dem arthritischen Gelenk aufgetretenen Beschwerden als Unfallfolge auffassen, dies um so mehr, als an Arthritis deformans erkrankte, in ihrer Beweglichkeit gehemmte Gelenke gegen Traumen wesentlich empfindlicher sind als gesunde Gelenke. Sie vermögen den durch das Trauma intendierten Bewegungen weniger gut auszuweichen, wodurch es leichter als bei gesunden Gelenken zu Gewebsverletzungen kommt; aber auch die pathologisch veränderten und die neugebildeten Gelenkbestandteile dürften an sich zu Verletzungen vermehrt disponiert sein. Ferner sind die bereits an Arthritis deformans leidenden Gelenke gegen längerdauernde Inaktivität oder Ruhigstellung in Verbänden besonders empfindlich, indem sich danach gern sehr hartnäckige und besserungsunfähige Bewegungshemmungen ausbilden. Für die Beurteilung unserer zweiten Gruppe von Fällen ist es von besonderer Bedeutung, daß an die Symptome der Arthritis deformans so weitgehende Anpassung des Körpers stattzufinden pflegt. Es ist erstaunlich, wie ungemein häufig man bei der Untersuchung älterer Arbeiter, zumal bei den Bewerbern um die Invalidenrente, Arthritis deformans der verschiedenen Gelenke mit ausgesprochenen Folgezuständen, wie Bewegungsbeschränkung und Muskelatrophie, antrifft, ohne daß den Patienten die unzweifelhaft vorhandenen Funktionsstörungen zum Bewußtsein gekommen wären. Dieser labile Gleich-

gewichtszustand wird jedoch gar leicht durch Unfälle aufgehoben; und wenn auch die Untersuchung ergibt, daß das verletzte Gelenk bereits vor dem Unfall krank gewesen sein muß, so dürfen wir in solchen Fällen, sobald gewisse Voraussetzungen erfüllt sind, doch unbedenklich den Unfall für die vorhandenen Beschwerden verantwortlich machen.

Nirgends begegnen wir diesen Verhältnissen so häufig und in so typischer Weise, wie an der Wirbelsäule. Die Spondylitis deformans, welche nach pathologisch-anatomischem Urteil zu den allerhäufigsten Vorkommnissen gehört (Simmonds), verläuft erfahrungsgemäß lange Zeit völlig symptomlos, selbst wenn sie schon zu deutlicher Beschränkung der Bewegungen und zu Verkürzung der Lendenwirbelsäule mit Rippentiefstand geführt hat. Aber Fall auf den Rücken oder leichte Verstauchung genügen, um das bis dahin nicht gestörte Gleichgewicht aufzuheben, um die Bewegungen des Rückens schmerzhaft zu machen und so eine erhebliche, eventuell dauernde Beschränkung der Arbeitsfähigkeit herbeizuführen. Daß an der gesunden Wirbelsäule schon durch scheinbar geringfügige Unfälle Frakturen entstehen können, haben uns die Röntgenstrahlen gelehrt; um so mehr ist es von vornherein wahrscheinlich, daß an der deformierten Wirbelsäule leichte traumatische Einflüsse ausreichen, um die degenerierten Bandscheiben, die osteoporotischen Wirbel oder die neugebildeten Knochenfortsätze zu verletzen. Bencke hat in „überraschend vielen Fällen“ an einer oder mehreren Bandscheiben Rupturen nachweisen können, von denen er glaubt, daß sie sehr häufig die Spondylitis deformans einleiten. Trotzdem wir also in zahlreichen Fällen kausale Beziehungen zwischen Arthritis deformans und Unfällen anerkennen müssen, entsteht und entwickelt sich doch die übergroße Zahl dieser Erkrankungen ohne Mitwirkung eines Traumas. Haben wir demnach einen Patienten mit Arthritis deformans vor uns, so liegt an sich keine Veranlassung vor, an den ursächlichen Zusammenhang mit einem Unfall zu denken, und wir werden deshalb in jedem einzelnen Falle, ehe wir uns zur Annahme eines solchen Zusammenhangs entschließen, die Erfüllung gewisser Bedingungen verlangen müssen. Der Unfall muß wenigstens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, er muß so intensiv gewesen sein, daß er sofort die Arbeitsfähigkeit aufhob oder wesentlich herabsetzte. Es muß in der zwischen dem Unfall und der nachgewiesenen Arthritis deformans gelegenen Zeit eine Kontinuität der Beschwerden und der daraus folgenden Arbeitsbehinderung bestanden haben. Wenn jedoch die Verhältnisse so liegen, wie zuweilen bei landwirtschaftlichen Arbeitern, daß erst nach Monaten behauptet wird, ein Fall auf ebener Erde, der anfangs nicht beachtet wurde, auch nicht zur Arbeitsunterbrechung führte, und dessen Folgen auch nicht ärztlich festgestellt

wurden, habe eine Arthritis deformans coxae verursacht, wenn sich dann etwa in der anderen Hüfte der gleich intensive Prozeß, und wenn sich noch weitere deformierende Gelenkerkrankungen finden, wird es nicht angängig sein, Unfallfolgen anzunehmen. Zwischen den in positivem oder negativem Sinne klaren Fällen liegen zahlreiche andere, bei denen wegen Unsicherheit und Unvollständigkeit der für die Begutachtung notwendigen Daten erhebliche Zweifel bestehen. Hier genügt zuweilen die Tatsache, daß der Verletzte nachgewiesenermaßen vor dem Unfall voll arbeitsfähig war, seit dem Unfall aber dies nicht mehr ist, um die Entscheidung zu seinen Gunsten zu treffen.“ (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1911 Nr. 17.)

Arthritis deformans. Prof. Dr. R u m p f (Bonn) schreibt: „Da Injektionen von reinem Olivenöl nur vorübergehende Wirkung bei chronisch deformierenden Gelenkerkrankungen zeigen, habe ich schon vor Jahren Versuche mit 5% Jodipinlösung (10% Jodipin, Olivenöl āā) insbesondere bei chronischen Kniegelenks- und Schultergelenksentzündungen gemacht, wenn andere Mittel versagt hatten. Notwendig ist sorgfältige Desinfektion der Haut, der Spritze und der Injektionsflüssigkeit, die sterilisiert zubereitet und aufbewahrt wird. Ich spritze 1 bis 2 Gramm der 5%igen Jodipinlösung ein. In der Regel kann sofort das Gelenk besser bewegt werden. Nachträglich erfolgt gewöhnlich eine stärkere Sekretion in das Gelenk und etwas Schmerzhaftigkeit, die nach einigen Tagen verschwindet. Dann beginnt man mit leichten Bewegungsversuchen. Das Jod regt die Gelenksschleimhäute entschieden zur Sekretion an und scheint dadurch günstig zu wirken. Einige Menschen vertragen Jod schlecht. Dann kann man vielleicht 1%ige oder 2%ige Jodipinlösung versuchen.“ (Ars medici 1912 Nr. 8.)

Blutungen.

Ueber Melaena neonatorum. Von V o r p a h l. V. demonstriert mikroskopische Präparate vom Oesophagus eines Kindes, welches nach einer normal und leicht verlaufenen Geburt am dritten Lebenstage innerhalb weniger Stunden unter dem klinischen Bilde der Melaena gestorben war. Bei der Sektion wurden der Magen und der gesamte Darm mit dunklem Blut prall angefüllt gefunden. Das Blut stammte aus dem Oesophagus, in dem unter der intakten Schleimhaut zahlreiche, bereits mit bloßem Auge erkennbare varikös erweiterte Venen gefunden wurden. Diese äußerst dünnwandigen Venen liegen in der Hauptsache dicht unter dem Epithel der Speiseröhre, oft so dicht gedrängt, daß die mikroskopischen Bilder an ein Hämangiom erinnern. Da keine andere Ursache für die Erweiterung der Venen gefunden worden ist (Pfortader und Leber waren normal),

so nimmt Vortragender an, daß es sich um eine Mißbildung der Venen, um angeborene Phlebektasien handelt. Dieser Fall von *Melaena neonatorum* ist bis jetzt der einzige in seiner Art. Zugleich bringt er den Beweis für die früher schon mehrfach ausgesprochene Vermutung, daß gewisse Formen von Phlebektasien des Verdauungstraktus angeborene Veränderungen sein möchten.

Melaena neonatorum (mit Demonstration). Von Stephan. Einschließlich des vorstehend von Dr. Vorpahl geschilderten pathologisch-anatomischen Befundes bei *Melaena neonatorum* wurden in letzter Zeit in der Frauenklinik drei Fälle von *Melaena* beobachtet. An der Hand dieser Fälle wird ein Ueberblick über den heutigen Stand unserer Kenntnis der Affektion, über die verschiedene Wertung der Fälle für die Diagnostik und Therapie gegeben, und die Frage nach der Aetiologie der *Melaena* gestreift. — Der erste Fall betrifft ein Kind, das wegen Eklampsie der Mutter durch vaginalen Kaiserschnitt in schwerer Asphyxie entwickelt wurde und erst nach 1½stündigen Wiederbelebungsversuchen regelmäßig atmete. Schon während dieser Wiederbelebungsversuche wurde der Austritt geringer Mengen blutigen Schaumes aus den Nasenlöchern beobachtet. An den beiden ersten Lebenstagen erbrach das Kind nach der Nahrungsaufnahme mit schwarzen Flocken vermischte Milch, deren Gehalt an geronnenem Blute chemisch nachgewiesen werden konnte. Der Fall ist als eine *Melaena spuria* infolge von Verschlucken frischen Blutes aus der Nasenhöhle zu betrachten, wo während der Wiederbelebungsversuche einige Schleimhautgefäße geplatzt waren; die Blutung stand ohne jede therapeutische Maßnahme von selbst, das Kind befindet sich in bester Entwicklung. — Bei dem zweiten, spontan geborenen Kinde erfolgte unter blutsturzartiger heftiger Haematemesis in der Nacht vom zweiten zum dritten Tage der Tod innerhalb weniger Stunden trotz mehrfacher Gelatineinjektion und Wärmezufuhr. Die Sektion deckte als Blutungsquelle jene angeborenen Varizen des Oesophagus auf, die Dr. Vorpahl soeben demonstrierte, also handelt es sich um einen Fall von *Melaena vera* auf der Basis einer kongenitalen Gefäßanomalie. — In dem dritten Falle endlich trat profuser bluthaltiger Stuhl in der Nacht vom dritten zum vierten Tage auf und hielt bis zum Abend des fünften Tages an, obwohl sofort mit Gelatinetherapie und Wärmeapplikation vorgegangen wurde. Das Kind bekam am ersten Krankheitstage dreimal je 10 ccm einer 10%igen Gelatinelösung (Merck) subkutan und intramuskulär injiziert und wurde mit 60 ccm 5%iger Gelatinelösung gefüttert, am zweiten Krankheitstage zwei Injektionen und 70 ccm Gelatinetee per os. Ein bedrohlicher Kollaps und starkes Welkwerden der Haut am zweiten Tage wurde durch subkutane Kochsalzinfusion behoben. Am nächsten Tage nur noch minimaler Blutgehalt des Stuhles, dann

nach dem Anlegen des Kindes schnelle Rückkehr zu normalem Bruststuhl. Nach dauernder Gewichtszunahme während einer dreiwöchigen Beobachtung wird das Kind in ausgezeichneter Entwicklung entlassen. Hier liegt somit ein typischer Melaena-vera-Fall vor, der durch prompte Ausheilung auf die Gelatinetherapie charakterisiert ist. Die drei so verschiedenartigen Fälle lassen erkennen, wie berechtigt die Auffassung ist, daß die Melaena nicht eine Krankheit *sui generis*, sondern nur ein Symptom darstellt, und gestatten wichtige Rückschlüsse bezüglich der Prognose und Indikation zur Therapie. Die ätiologische Verschiedenheit der Fälle erhellt aus der Anamnese des ersten und dem Sektionsbefund des zweiten Falles; für die dritte Beobachtung ist man auf die Heranziehung der zahlreichen Hypothesen über die Aetiologie der Melaena angewiesen, von denen vielleicht die von Pomyrski und v. Preuschen verfochtene Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Blutungsherden im Gehirn und den Blutextravasaten im Magendarmkanal in Betracht kommen könnte. Die Geburt wurde nämlich experimentell durch künstliche Wehenanregung mit Pituitrin am normalen Ende der Schwangerschaft in Gang gesetzt, wobei wegen vorzeitigen Blasesprunges der kindliche Kopf allein in etwa zwölfstündiger Geburtsarbeit die primiparen, straffen Weichteile der Mutter zu erweitern hatte. Der starke Druck, dem der Kopf hierbei ausgesetzt war, könnte im Verein mit der blutdrucksteigernden Wirkung des Pituitrins (6 ccm innerhalb von $2\frac{1}{2}$ Tagen) leicht ein kleines Haematom erzeugt haben, in dessen Gefolge dann nach der genannten Hypothese die Magendarmblutung entstanden zu denken wäre.

Diskussion: Peiper hat selbst zwei Fälle von Melaena beobachtet, von denen der eine ad exitum kam, der andere durch Gelatine-darreichung geheilt wurde. Auffallend war bei diesen beiden Fällen, daß sie kurz nacheinander bei Geburten vorkamen, die von derselben Hebamme geleitet wurden. — Kroemer tritt für die Gelatinebehandlung ein, die zurzeit gute Ergebnisse liefere.

(Medizin. Verein in Greifswald 4. November 1912.)

Diphtherie.

Zur Infektionsdauer der Diphtherie. Von Sommerfeld. Der Vortragende hat an dem Material des Städtischen Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses Untersuchungen angestellt über die Häufigkeit der Diphtheriebazillenträger, über Bazillensistenz bei Kindern und deren Angehörigen. Die Gefährlichkeit der Bazillenträger ist bekannt. Bei der Prüfung von 368 gesunden, nachweislich seit langem nicht an Diphtherie oder „Halsentzündung“ erkrankt gewesenen Kindern fand man acht Bazillenträger, welche schon längere Zeit auf Abteilungen für nicht infektiöse Kranke

gelegen hatten. Vermutlich handelte es sich bei diesen Fällen um Dauerausscheider oder um Einschleppung durch besuchende Angehörige. Eine Weiterverbreitung der Bazillen oder eine Erkrankung an Diphtherie fand nicht statt. Der Befund spricht nicht etwa für die seinerzeit von v. Behring behauptete Ubiquität der Diphtheriebazillen. Bazillenträger finden sich sonst nur in der Umgebung von Diphtheriekranken. Als in einem Saal der chirurgischen Station ein Patient an Diphtherie erkrankte, fand man schon 24 Stunden nachher bei 5 von 23 Kindern Bazillen. Ein Teil der auf der Diphtherieabteilung behandelten Kinder muß nach erfolgter klinischer Heilung aus Mangel an Platz, und vor allem wegen der den Eltern erwachsenden hohen Kosten mit Bazillen entlassen werden. Unter allen Kindern, die länger als 14 Tage auf der Abteilung gelegen hatten, waren bei der Entlassung über 20% noch Bazillenträger. Aber auch ein hoher Prozentsatz der Angehörigen hatte am Entlassungstage der Kinder selbst Bazillen (über 40%), und 19mal hatte zwar das geheilt entlassene Kind keine Bazillen, wohl aber eines der abholenden Familienglieder, einzelne dieser noch nach drei Monaten. Es hat also wenig Zweck, die Patienten bis zur Bazillenfreiheit zu isolieren, da man nicht verhindern kann, daß sie zu Hause wieder in ein Milieu von Bazillenträgern hineinkommen. Auf Grund langjähriger Erfahrungen wird die Entlassung der Kinder aus der Diphtherieabteilung des Krankenhauses in folgender Weise gehandhabt: 1. Kinder, welche als klinisch geheilt anzusehen, gekräftigt und erholt sind, werden zu ihren Angehörigen entlassen, gleichgültig, ob sie Bazillenträger sind oder nicht. Bei der Entlassung wird den Angehörigen gesagt, daß sie das Kind noch einmal vorzustellen haben, und daß es für Kind und Angehörige geboten ist, häufig zu gurgeln und überhaupt der Zahn- und Mundpflege möglichste Aufmerksamkeit zuzuwenden. Durch ärztliches Attest wird dafür gesorgt, daß das Kind noch längere Zeit der Schule fernbleibt. 2. Kinder, welche aus Internaten, Waisenhäusern und ähnlichen Anstalten aufgenommen wurden, bleiben im Krankenhause, bis sie bazillenfrei sind. 3. Kinder, welche aus irgend welchem Grunde von der Diphtherieabteilung nach anderen Stationen (innere, äußere z. B.) verlegt werden müssen, kommen zunächst auf die Quarantänestation und verbleiben dort, bis sie keine Bazillen mehr haben. Die Behauptung, daß die bei Bazillenträgern gefundenen Bazillen nicht oder wenig virulent sind, ist nicht zutreffend. Von den Schleimhäuten Gesunder gezüchtete Bazillen sind im Tierversuche ebenso pathogen wie die von diphtherischen Belegen stammenden. Wirksame Mittel, die Bazillen von den Schleimhäuten schnell und sicher zu entfernen, gibt es bisher nicht. Alle dahin zielenden Versuche: mit bakterizidem Serum, Pyozyanase, Formamint, Wasserstoffsuperoxyd und aus solchem

hergestellten Präparaten ergaben keine befriedigenden Resultate. Zur Bekämpfung der Ausbreitung der Diphtherie in geschlossenen Anstalten ist die Auffindung und Isolierung der Bazillenträger von großem Wert und dringend nötig. Das Schließen der Schulklassen und die Entfernung des Kindes aus dem Unterricht hat nur einen bedingten Wert, wenigstens in der Großstadt, und besonders in den Stadtvierteln, aus denen das Material zu diesen Untersuchungen stammt. Hier wohnen, räumlich sehr beschränkt, in den Häusern oft fünfzig bis hundert Familien mit zahlreichen Kindern, so daß es unmöglich ist, den innigen Kontakt während der schulfreien Zeit zu verhindern.

Diskussion: Cassel: Was ein Bazillenträger in einer Säuglingsanstalt für Unheil anrichten kann, habe ich im vorigen Jahr in meiner Anstalt beobachten können. In dieser Anstalt, die mit 55 Säuglingen zur Zeit gefüllt war, außerdem mit zehn Wärterinnen und zehn stillenden Müttern, brach eine Diphtherie aus; es erkrankte zunächst ein Säugling. Der Fall wurde ziemlich früh erkannt, und es wurden sämtliche Insassen der Anstalt immunisiert, sämtliche Säuglinge und Erwachsenen. Aber außerdem wurde mit Hilfe des Kollegen Dietrich vom Charlottenburger Untersuchungsamt eine bakteriologische Untersuchung sämtlicher Insassen vorgenommen. Bei dieser Gelegenheit wurde unter den Säuglingen eine Anzahl von Bazillenträgern eruiert, die nicht erkrankt waren; sie wurden aus der Anstalt entfernt. Es wurde aber auch das Personal untersucht, und da stellte es sich zu unserer großen Ueberraschung heraus, daß keine von den Pflegerinnen und keine von den Müttern Diphtheriebazillen beherbergte, aber unsere Köchin (Heiterkeit). Die Köchin der Anstalt, die keine klinischen Symptome darbot und sich ganz gesund fühlte, war eine Bazillenausscheiderin und mußte aus der Anstalt entfernt werden. Damit war die Sache aber nicht abgetan. Die Anstalt mußte gesperrt werden, und wir hatten mehrere Monate lang mit Diphtheriebazillenträgern und auch mit einzelnen Diphtheriekranken zu tun. Das zog sich so hin bis etwa zum Monat Mai. Wir haben die Sache aber ganz gut überstanden; denn von sämtlichen Bazillenträgern ist nur ein Säugling an einer katarrhalischen Pneumonie im Gefolge der Diphtherie zugrunde gegangen. Die anderen Kinder, die zum Teil bei uns bleiben mußten, weil man sie nirgends unterbringen konnte, blieben gesund. Sie wissen ja, daß gerade kranke Säuglinge nicht so leicht in Berlin untergebracht werden können, namentlich wenn erst die Ortsangehörigkeit festgestellt werden muß, — darüber kann unter Umständen ein Prozeß von neun Monaten geführt werden. So sind wir denn schließlich aus der Kampagne ganz gut hervorgegangen. Die Sorge war eine viel größere als die Gefahren, die sich nachher herausgestellt haben. Aber es ist doch

wichtig, wie schon ausgeführt wurde, solche Bazillenträger in geschlossenen Anstalten herauszufinden. Die Desinfektion ist von nur sehr beschränktem Wert. Wir haben ja auch aus gesetzlichen Gründen die Desinfektion der Räume vielfach vorgenommen, was in einer Anstalt leichter möglich ist als in einer Familie: die Fußböden sind glatt und fest, die Wände haben Oelanstrich usw., die Desinfektion macht viel weniger Schwierigkeiten, und trotzdem sind doch immer wieder einzelne Diphtheriefälle vorgekommen. Es hat sich gezeigt, daß die Desinfektion allgemeinen nicht viel nützt. Die warmen Sonnenstrahlen des letzten Sommers haben entschieden mehr geleistet als die Desinfektionen.

A. Dietrich: Die letzten Jahre haben den bakteriologischen Untersuchungsämtern reiche Gelegenheit geboten, sich mit dem Problem der Bazillenträger bei Diphtherie zu beschäftigen. Es ist zunächst als sicher anzusehen, daß die Dauer der Infektionsmöglichkeit bei Diphtherie mit der Dauer der Bazillenausscheidung zusammenfällt. Zweitens ist unbedingt daran festzuhalten, daß Bazillendauerausscheider immer im Zusammenhang mit Diphtherieerkrankungen stehen. Gesunde Bazillenträger ganz ohne Zusammenhang mit Diphtherieerkrankungen gibt es nach unseren Erfahrungen nicht, sondern bei allen Diphtheriebazillenausscheidern, die wir gesehen haben, ließ sich ohne Schwierigkeit eine Beziehung zu Diphtherieerkrankungen nachweisen. Drittens aber ist es zweifellos, daß durch Bazillenträger die Diphtherie weiter getragen werden kann, wenn auch nicht weiter getragen werden muß. Von vielen Beispielen sei eins angeführt: In einer Mädchenschule flackerte, trotz des vielgerühmten langen Schulschlusses über Weihnachten, die Diphtherie nach Neujahr wieder auf. Bei methodischer Untersuchung der befallenen Klassen fanden wir einen großen Prozentsatz von Bazillenträgern, und interessanterweise erwies sich der Gesangslehrer als Bazillenträger, der die Gewohnheit hatte, sich von den Kindern direkt ansingen zu lassen, andererseits auch selbst die Kinder ansang (Heiterkeit), der also den lebhaftesten Austausch der Bazillen bewirkte; er selbst war nie erkrankt gewesen. Mit der Ausschaltung der Bazillenträger in dieser Schule sank auch die Zahl der Erkrankungen bis auf drei herunter, — also ein Zeichen dafür, daß hier die Erkrankungen mit dem Vorhandensein der Bazillenträger in innigem Zusammenhang standen. Einen zweiten Fall beobachteten wir in einer geschlossenen Anstalt. Dort traten acht Erkrankungen unter 25 Kindern in kurzer Zeit nacheinander auf. Unter anderem wurde die Kindergärtnerin als Bazillenträgerin erkannt. Nach deren Absonderung kamen nur noch zwei Fälle vor, und zwar betraf eine Erkrankung einen Bazillenträger, 14 Tage später. Das zweite Kind war der Bruder eines anderen Bazillenträgers, der uns bei der ersten

Untersuchung wohl entgangen war. Dann aber kamen keine Erkrankungen mehr vor. Auch hier haben wir also den innigen Zusammenhang der Dauerausscheider bzw. der Bazillenträger mit der Diphtherieepidemie. Nun ist es zweifellos, daß sich die hygienischen Maßnahmen der Diphtheriebekämpfung auf diese Tatsachen stützen müssen. Wir müssen es zu verhindern suchen, daß durch die Bazillenträger die Bazillen weiter verschleppt werden. Wir können das im allgemeinen nur in beschränktem Maße erreichen. Vor allen Dingen ist es schwer durchzuführen, die Kranken so lange im Krankenhause zu belassen. Aber eine Kontrolle kann vonseiten der Schule ausgeübt werden, und wir haben in Charlottenburg hierauf weitgehende Maßregeln gegründet. Es wird in Charlottenburg kein Kind zum Schulunterricht zugelassen, bei dem nicht durch eine zweimalige Untersuchung seitens des Untersuchungsamtes die Freiheit von Bazillen festgestellt ist. Sommerfeld hat diese Maßregel gering eingeschätzt, weil die Kinder ja daheim und auf der Straße nicht isoliert bleiben, aber es zeigt doch die praktische Erfahrung, daß wir damit etwas erreichen. Wir haben aufkeimende Epidemien ziemlich leicht unterdrückt. So traten kürzlich in einer Schulklasse in wenigen Tagen fünf Fälle auf. Wir fanden bei 33% der Kinder Diphtheriebazillen, und seit Ausschaltung dieser Bazillenträger ist kein Fall von Diphtherie mehr vorgekommen. Auch diese Maßregel hat ihr Ende bei den hartnäckigen Dauerausscheidern, es sind aber nur vereinzelte über acht Wochen hinaus. Wenn bei solchen durch den Zwang der Fernhaltung von der Schule erzieherisch auf die Pflege des Rachens usw. eingewirkt ist, scheint die Gefährlichkeit nur noch gering zu sein. Meiner Ueberzeugung nach ist ein Bazillenträger, der wirklich sorgfältig seinen Mund und Rachen pflegt, eine kleine Gefahr gegenüber dem nachlässigen Dauerausscheider, der nicht durch Untersuchung kontrolliert ist. Selbstverständlich können wir mit solchen Maßregeln keine absoluten Erfolge erzielen, vor allem, da der Kampf gegen die Diphtherieverbreitung in den Schulen nur einen Teil der gesamten Diphtheriebekämpfung bildet. Aber wir haben immerhin hier etwas Erreichbares vor uns und müssen dies anstreben.

Baron spricht gegen den Wert der in Charlottenburg bestehenden Verfügung, daß die Kinder die Schule erst wieder besuchen dürfen, wenn zwei aufeinanderfolgende Untersuchungen keine Bazillen mehr ergeben haben. Die Kinder, die sich wohl fühlen, spielen bereits am Vormittage auf der Straße mit anderen resp. nehmen, wie an einem konkreten Fall angeführt wird, an einem Kindergeburtstage teil.

Jochmann kann sich den Anschauungen des Vortragenden nicht anschließen. Er bestätigt zunächst auf Grund eigener Erfahrungen die Tatsache, daß Bazillenträger virulente Bazillen und nicht

etwa nur harmlose Parasiten beherbergen, daß also eine Gefahr für die Umgebung vorhanden ist. Denn er hat zu verschiedenen Malen Hausdesinfektionen durch bazillentragende Diphtherierekonvaleszenten entstehen sehen. Auch erinnert er an das von Fischer (Kiel) publizierte Beispiel von einem Automatenrestaurant, in welchem sich zwölf Personen mit Diphtherie infizierten, und als man der Ursache nachging, zeigte sich dabei, daß von 15 dort angestellten Personen sieben Bazillenträger waren. J. hat auf der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses bisher den Grundsatz vertreten, daß Diphtherierekonvaleszenten im allgemeinen nicht eher zu entlassen sind, als bis sie bei dreimaliger Untersuchung frei von Diphtheriebazillen gefunden werden. Nach seinen Beobachtungen an einem Material von etwa 400 Diphtheriekranken im Jahr verlieren 85% der Fälle ihre Bazillen bis zum 21. Krankheitstage, 15% der Rekonvaleszenten behalten die Bazillen länger, manche verlieren sie in der vierten Woche, und vereinzelte Fälle behalten ihre Bazillen fünf, sechs, sieben Wochen und noch länger. Es sei klar, daß man solche Ausnahmen, die über viele Wochen Bazillen haben, in der Regel nicht im Krankenhaus behalten könne; aber das Gros der Diphtherierekonvaleszenten könne man ohne Schwierigkeit so lange im Krankenhaus zurückbehalten, bis sie bazillenfremd und also nicht mehr ansteckend sind. Bei den allermeisten Fällen handle es sich ja nur um drei Wochen. Wenn man, wie Sommerfeld vorschläge, alle Kinder ohne Rücksicht auf die Bazillenpersistenz entlassen würde, so würden dadurch die Infektionsquellen ungeheuer vermehrt; entlasse man die Diphtheriekranken schon nach acht bis zehn Tagen, so schicke man eine Unzahl von Bazillenträgern ins Volk, die die Seuche weiterverbreiten. Behalte man aber die Kinder nach Möglichkeit so lange im Krankenhaus, bis sie bazillenfremd sind, so vermindere man die Quellen der Ansteckung. Auch durch die Platzfrage dürfe man sich nur ganz ausnahmsweise bestimmen lassen, von dieser hygienischen Forderung abzuweichen. Man habe sich im Rudolf Virchow-Krankenhaus durch die Aufstellung von Döcker'schen Baracken geholfen, die mit Rekonvaleszenten belegt werden, und habe dadurch nahezu 50 Betten gewonnen. Daß die Vernachlässigung der Bazillenpersistenz und die frühzeitige Entlassung der Kinder zur Verbreitung der Krankheit tatsächlich beitrage, könne man auch aus folgender Beobachtung ersehen. Häufig seien erwachsene Diphtheriekranken im Virchow-Krankenhaus eingeliefert worden, die angaben, ein paar Tage vorher sei ein an Diphtherie erkrankt gewesenes Kind nach Hause gekommen, das in einem anderen Krankenhaus nach acht- bis zehntägigem Aufenthalt als geheilt entlassen worden sei. Solche Beispiele seien eine Mahnung, bei der Entlassung der Diphtherierekonvaleszenten der Frage der Bazillenpersistenz nach wie vor

größte Aufmerksamkeit zu schenken und damit die Weiterverbreitung der Seuche nach Möglichkeit zu verhindern.

(Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin,
Pädiatrische Sektion, Sitzung am 11. Dez. 1911.)

Epilepsie.

Ueber die Indikation der Operation bei Epilepsie. Von **Binſwanger**: Die Indikationsstellung zur operativen Behandlung der Epilepsie setzt eine klare Erkenntnis der Zusammenhänge zwischen umschriebenen krankhaften Prozessen der Hirnrinde einschließlich ihrer traumatischen Schädigungen und der epileptischen Erkrankungen voraus. Grundsätzlich ist daran festzuhalten, daß umschriebene Hirnrindenkrämpfe von bestimmtem klinischem Charakter (klonische Zuckungen in bestimmten Muskelgebieten, entsprechend einem pathologischen Reizherd in der motorischen Rindenregion) für sich allein bestehen können, ohne daß sie zur epileptischen Erkrankung führen. Selbst dann, wenn ein umschriebener Reizherd zu Anfällen mit gesetzmäßiger Ausbreitung der klonischen Krämpfe in der befallenen (kontralateralen) Körperhälfte führt, wird von einem epileptischen Anfall im engeren Sinne nicht gesprochen werden dürfen, so lange der Charakter des Rindenkrampfes rein erhalten bleibt. Viel häufiger aber als diese reinen Rindenkrämpfe zeigen sich besonders bei längerem Bestehen dieser Krankheitsvorgänge gemischte Krampfbilder, indem zu den genannten kortiko-motorischen Reizerscheinungen andere Krampfbilder sich hinzugesellen, die den Charakter echter epileptischer Insulte aufweisen. Der umschriebene Rindenherd hat zur Entwicklung der Epilepsie geführt. (Der Vortragende schildert die klinischen Besonderheiten derartiger Krankheitsfälle, in welchen die Jackson'sche [partielle] sogenannte Rindenepilepsie zu echter Epilepsie sich weiter entwickelt, und bespricht die differentiellen diagnostischen Merkmale dieser verschiedenartigen Anfälle. Die dankbarsten Fälle sind die umschriebenen traumatischen Hirnherde, einschließlich der traumatischen Zysten, und hier wird ein operativer Eingriff möglichst frühzeitig erfolgen müssen, bevor das epileptische Gesamtleiden sich voll entwickelt hat. Leider ist in der chirurgischen Literatur eine scharfe Trennung dieser reinen Rindenkrämpfe von der Epilepsie fast nirgends durchgeführt. Die günstigen Erfolge operativer Eingriffe betreffen vornehmlich Krankheitsfälle der ersten Kategorie, während endgültige Heilungen selbst bei traumatisch bedingten Fällen der Epilepsie und selbst bei ursprünglich rein partiellem Charakter der Krämpfe recht problematisch sind. Doch kann der Vortragende aus eigener Erfahrung über einige ausgeheilte Fälle dieser Art

berichten. Eine besondere Stellung nehmen diejenigen epileptischen Anfälle ein, welche auf dem Boden infantiler umschriebener enzephalitischer Erkrankungen der Hirnrinde zur Entwicklung gelangt sind. Hier weisen die initialen, oft viele Jahre zurückliegenden umschriebenen Krampfbilder auf den ursprünglichen Krankheitsherd hin, während recht häufig zur Zeit der Krankenbeobachtung dieser umschriebene Charakter der Krämpfe vollständig geschwunden ist und der Krankheitsfall völlig demjenigen der echten vollentwickelten Epilepsie gleicht. (Der Vortragende bespricht an dieser Stelle die anatomischen Besonderheiten dieser organisch bedingten Epilepsie und teilt eine Beobachtung mit, in welcher die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Rindenteils das Vorhandensein einer alten Hirnnarbe [zirkumskripte Gliose in der motorischen Region] aufdeckte.) Durch das genaue Studium motorischer und sensibler Anfallsymptome in der anfallfreien Zeit, sowie der initialen Symptome der Anfälle selbst und der postparoxystischen Erschöpfungssymptome ist ein Rückschluß auf den ursprünglichen Hirnherd vielfach möglich. Auch diese Fälle sind der operativen Behandlung zugänglich zu machen, aber nur dann, wenn zahlreiche vereinzelte oder zu Serien gehäufte Anfälle von lebensbedrohlichem Charakter vorhanden sind oder wenn eine fortschreitende Verschlechterung des geistigen Zustandes konstatiert ist. Die neueren Erfahrungen von erfolgreichen Operationen (F. K r a u s e) haben den Vortragenden zu dieser Abänderung seines früher eingenommenen Standpunktes veranlaßt. Es wird nicht nur über die Sistierung der epileptischen Insulte, sondern auch über weitgehende Besserungen des intellektuellen Zustandes nach operativen Eingriffen berichtet. Die operative Behandlung der sogenannten genuinen Epilepsie, die man auch unter den Begriff der dynamischen Epilepsie zusammenfassen kann, ist, soweit es sich um Exzision bestimmter Rindenteile handelt, nach der Ueberzeugung des Vortragenden fast aussichtslos. Es ist aber dabei zu berücksichtigen, daß die differentielle Diagnose zwischen organisch bedingter Epilepsie besonders nach infantilen Herderkrankungen und dieser dynamischen Epilepsie noch nicht ausgebaut ist. Sie wird vor allem dadurch oft erschwert, daß die ursächlichen Momente der epileptischen Erkrankungen und die Anfangsstadien des Leidens anamnestisch nur ungenügend klarzulegen sind. Es bleiben aber immerhin noch genug Fälle übrig, in denen der dynamische Charakter des Leidens mit annähernder Sicherheit aufgedeckt werden kann. In solchen Fällen widerrät der Vortragende den operativen Eingriff, der auf die Beseitigung eines „ursprünglich krampfenden“ Hirnherdes hinzielt. Die von K o c h e r empfohlene Behandlung der dynamischen Epilepsie, die auf die Beseitigung eines abnorm erhöhten Hirndruckes hinzielt, vermag in

diesen Fällen eine bleibende Heilung nicht herbeizuführen. Daß vorübergehend selbst für längere Zeiträume (bis zu einem Jahre) durch Entlastung des Hirndruckes die epileptischen Anfälle beseitigt werden können, ist zweifellos richtig. Man muß hier aber immer bedenken, daß die abnormen Hirndruckverhältnisse nicht die Ursache, sondern die Folge der mit dem epileptischen Leiden verbundenen konsekutiven anatomischen Veränderungen sind. Die diffuse Rindengliose, welche bei chronischen Epileptikern mit fortschreitender Demenz recht häufig aufgefunden wird, ist kein primärer Krankheitsvorgang, der als anatomische Grundlage des epileptischen Leidens aufgefaßt werden darf.

Diskussion: Herr L e x e r ist bei zahlreichen Operationen von Rinden- und allgemeiner Epilepsie nach ganz ähnlichen Gesichtspunkten wie B i n s w a n g e r vorgegangen, so daß er sich mit der Indikationsstellung desselben in vollkommener Uebereinstimmung befindet. Er fragt B., ob nach seinen Erfahrungen an der alten v. B e r g m a n n'schen Regel festgehalten werden müßte, wonach in Fällen, in denen nach Trauma sich allmählich eine allgemeine Epilepsie entwickelt hat und seit vier Jahren besteht, der Erfolg eines operativen Eingriffes zweifelhaft sei.

B i n s w a n g e r: Auf die Anfrage des Herrn L e x e r erwidere ich, daß der Standpunkt v. B e r g m a n n's auch heute noch für die Fälle allgemeiner traumatischer Epilepsie zu Recht besteht, in welchen keine ausgeprägten Herdsymptome die Anfälle einleiten oder bei welchen ausgeprägte umschriebene Erschöpfungssymptome fehlen. Aber auch bei diesen günstigsten Fällen ist eine endgültige Heilung der Epilepsie durch operative Eingriffe immerhin zweifelhaft. Selbst dann, wenn durch die Operation ein traumatischer Hirnherd aufgedeckt und entfernt werden kann, muß damit gerechnet werden, daß im Laufe der Jahre das epileptische Gesamtleiden — jene bislang un- aufgeklärte dynamische Veränderung des Gehirns — sich schon voll entwickelt hat und bis zu gewissem Maße von der ursprünglichen Reizquelle unabhängig geworden ist. In allen solchen Fällen wird ein bleibender Erfolg nur dann erzielt werden können, wenn nach der Operation ein methodisches medikamentöses und diätetisch-physikalisches Verfahren ausgeführt wird.

R i e d e l berichtet kurz über einen Fall, in dem nach einem Biß durch einen Hahn auf das Hinterhaupt eine traumatische Epilepsie entstanden war. Selbst wiederholte Trepanationen brachten keine Besserung, die durch Narbenbildung vereitelt wurde.

S t i n t z i n g führt in bezug auf K o c h e r aus, daß dieser nach Meinung des Vortragenden viel zu weit gehe mit der Behauptung, daß Hydrozephalus stets als Ursache der Epilepsie in Betracht käme. Es müßten doch dann die Hydrozephalen viel häufiger Epileptiker

sein, als dies tatsächlich der Fall ist. Zur Indikationsstellung der Operation nach Binswanger bemerkt er, daß er die Grenzen doch etwas enger ziehen möchte. Er fragt Herrn Binswanger, ob er die schweren, mit ausgedehnten Lähmungen einhergehenden Fälle auch zur Operation empfiehlt.

Binswanger betont, daß er bisher in solchen Fällen auch von einer Operation abgeraten habe, daß er aber neuerdings, gemäß den Arbeiten Krause's, seinen Standpunkt in dieser Richtung modifiziert habe.

Stintzing fragt dann Herrn Lexer nach der Mortalität der Hirnoperationen bei Epilepsie, sowie nach der Gefahr des Hirnprolapses und der Rezidive durch Narben

Lexer: Bezüglich der Gefährlichkeit der Trepanation bei Epilepsie glaubt Lexer, daß bei richtig durchgeführten Eingriffen eine Infektionsgefahr ebenso wie bei Hirnprolaps auszuschließen sei. Gegen Rezidive durch Narben suchen wir uns durch Fetteinpflanzung zu sichern. Merkwürdig und unerklärt sind jedoch die bei Epileptikern gelegentlich, ein bis zwei Tage nach der Trepanation, unter hohem Fieber vorkommenden Todesfälle. Lexer hat einen solchen erlebt, bei welchem auch die bakteriologische Untersuchung der Wunde und der Hirnoberfläche vollkommen negativ ausfiel und eine Todesursache nicht festgestellt werden konnte. Im übrigen zeigt die Erfahrung, daß auch bei denjenigen Fällen allgemeiner Epilepsie, in welchen irgend ein Anhaltspunkt für Herderkrankungen in der Rinde gegeben ist, Heilung oder Besserung zu erzielen ist, falls sich an der betreffenden Stelle Veränderungen vorfinden.

Zur Operation der traumatischen Epilepsie. Von Rehn. Vortragender führt zunächst aus, wie sich aus dem Bestreben, die in der operativen Behandlung der traumatischen Epilepsie teilweise recht mäßigen Erfolge besser zu gestalten, die Duraplastik entwickelt hat. Mit der zunehmenden Erkenntnis, daß den Verwachsungen zwischen Gehirnoberfläche und den bedeckenden Schichten eine nicht unwesentliche Bedeutung für die Entstehung der traumatischen Epilepsie zukommt, begnügte man sich nicht, gegen die bereits manifesten Folgezustände der Narbenbildung anzugehen, sondern richtete vielmehr sein Augenmerk darauf, vorzubeugen, nach Möglichkeit von vornherein das Auftreten von Verwachsungen zu verhindern und durch einen entsprechend angelegten Duraersatz hintanzuhalten. Sodann würdigt Vortragender die mannigfachen Methoden der Duraplastik einer kurzen Kritik und fordert für die praktische Anwendung derselben vor allen Dingen eine scharfe Trennung der Fälle, welche zur Verhütung der traumatischen Epilepsie operiert werden, von denjenigen, bei welchen die Beseitigung einer durch Narbenbildung

bereits eingetretenen Epilepsie verlangt wird. Erstere gestatten eine größere Bewegungsfreiheit und freiere Auswahl unter den Verfahren der Homoio- und Autoplastik, denn die Chancen, eine ideale Duraplastik zu erzielen, sind hier noch am günstigsten, weil Fälle mit geringfügig veränderter oder intakter Gehirnoberfläche unter dieser Rubrik nicht zu den Seltenheiten gehören. Kommt es aber schließlich zu leichten Verwachsungen, so hat es noch lange Wege, bis sich aus diesen eine traumatische Epilepsie entwickelt, dafür bürgen die Ansichten der besten Kenner dieser Erkrankung. Für solche Fälle erklärt sich Vortragender als unbedingter Anhänger der von Kirschner inaugurierten und bereits erwähnten Duraplastik mit Faszie. Vollkommen anders steht es dagegen in denjenigen Fällen, bei welchen die Verwachsungen zwischen Hirnoberfläche und bedeckenden Weichteilen eine partielle oder allgemeine traumatische Epilepsie ausgelöst haben. Erstens sind hier die Chancen, das Transplantat, im Sinne einer idealen Duraplastik, d. h. als freie Membran zur Einheilung zu bringen, sehr geringe, denn dasselbe kommt auf bindegewebige Schwielen zu liegen und wird auf Grund allgemeiner biologischer Gesetze sicherlich mit diesen verwachsen. Zweitens aber hängt die Heilung der traumatischen Epilepsie von dem als ideal bezeichneten Gelingen der Plastik ab. Aus diesem durch die Eigentümlichkeit jeder Transplantation bedingten Dilemma gibt es nach Ansicht des Vortragenden nur einen Ausweg, welcher darin besteht, dem nachteiligen Einfluß der Verwachsungen durch Wahl eines nachgiebigen plastischen Materials entgegenzuwirken und sozusagen einen elastischen, leicht mitschwingenden Puffer zwischenschalten, zu welchem sich das autoplastisch entnommene Fettgewebe am besten eignet. Das Tierexperiment sagt in seinen vorläufigen Resultaten Günstiges aus. Praktisch angewandt wurde die Methode in der Lexer'schen Klinik dreimal, in zwei Fällen von traumatischer Epilepsie und einmal als Duraplastik zur Verhütung dieser Erkrankung. Die bisherigen Erfolge scheinen die theoretischen Erwägungen zu bestätigen. Die längste Beobachtung beträgt ein Jahr und erstreckt sich auf einen an einer schweren allgemeinen traumatischen Epilepsie operierten und seit der Operation anfallsfrei gebliebenen Patienten. Nach alledem scheint die Hoffnung berechtigt, daß die Einführung der autoplastischen Fettransplantation in die Reihe der Duraplastiken nicht unwesentlich dazu beitragen wird, die Erfolge in dem schwierigen Kapitel der operativen Epilepsiebehandlung besser und sicherer zu gestalten.

Diskussion: Lexer: Es handelt sich bei den meisten Fällen, in welchen ein Ersatz der Dura erwünscht ist, nicht lediglich um diesen, sondern auch um den Ersatz eines Defektes der Hirnoberfläche nach Exzision von Tumoren oder Narben und anderem. Da

aber auf der verwundeten Hirnoberfläche kein Implantat ohne Verwachsungen einzuheilen vermag und in diesen Verwachsungen die Ursache von Rindenreizungen zu sehen ist, so kam L e x e r auf die Verwendung von freien Fettstücken, um durch deren Zwischenlagerung zwischen Hirnwunde und Knochen ein weiches Polster herzustellen, welches die feste narbige Verwachsung der Hirnrinde mit dem Knochen verhindert. Bei einem vor kurzem operierten Falle von epileptischen Anfällen nach einem vor zwei Jahren operierten Stirnhirnabszeß wurde nach Exzision der Hirnnarbe der Hirn- und Duradefekt mit einem Fettstück bedeckt und vollkommene Heilung erzielt, trotzdem die Schädellücke durch freie Verpflanzung einer Knochenscheibe, welche auf das Fettstück zu liegen kam, bedeckt wurde.

(Naturwissensch.-med. Gesellsch. zu Jena, 23. Mai 1912.)

Hysterie.

Ein Fall von „Sein hystérique“ der Franzosen wird von Anstaltsbezirksarzt Dr. Heinicke in Waldheim berichtet. Er schreibt: Funktionell - nervöse Sekretionsanomalien sind im allgemeinen nicht selten; ich erinnere z. B. an die hysterische Polyurie und Anurie, an die entsprechend bedingten Störungen in der Tätigkeit der Schweißdrüsen, an die nervöse Salivation und Sekretion der Tränendrüsen, an das nervöse Laufen der Nase usf. Auch Sekretion der Brustdrüsen, ohne daß physiologische Gründe (Schwangerschaft, Stillgeschäft usf.) vorlagen, sind beobachtet worden. In meinem Fall von Galaktorrhoe handelt es sich um eine geschiedene Frau, die schon wiederholt wegen Eigentumsvergehen usf. Freiheitsstrafen verbüßte und zurzeit sich wieder in Strafe befindet. Der Vater der Gefangenen war angeblich gesund und starb an Darmverschluß; die Mutter lebt noch, ist 63 Jahre alt, hat jetzt mit den Nerven zu tun; sonst ist von Heredität nichts in der näheren und weiteren Verwandtschaft nachzuweisen. Die Gefangene selbst will früher außer Bleichsucht und Ikterus keine Krankheiten durchgemacht haben; sie hat zweimal geboren; die letzte Geburt fand 1903 statt; sie stillte selbst, das erste Kind neun Monate, das zweite nur $\frac{1}{2}$ Jahr; sie mußte das Stillen unterbrechen, da ihre Verhaftung dazwischen kam; das zweite Kind ist neun Monate alt gestorben; woran, weiß sie nicht. Seit 1904 ist die Gefangene in der hiesigen Strafanstalt, mit Ausnahme von drei Jahren und vier Monaten, die sie wegen hysterischen Irreseins in einer sächsischen Irrenanstalt zubrachte; von diesem geheilt, kehrte sie vor etwa einem Jahr und $1\frac{1}{2}$ Monaten zur weiteren Strafverbüßung in die hiesige Strafanstalt zurück. Wenn sie auch zurzeit keine psychischen Störungen zeigt, so hat ihr Befinden doch seit

der Rückkehr schon wieder schwere Schwankungen durchgemacht und alle Phasen der Hysterie durchlaufen, von der einfachen hysterischen Laune bis zu den schwersten Bewußtseinsstörungen und gelegentlichen bizarren Halluzinationen; sie sieht dann besonders kleine Männchen, die über ihre Arbeit oder die Nadel hüpfen usf., steht aber zurzeit diesen Sinnestäuschungen voll kritisch gegenüber. Ehe die Gefangene in die Irrenanstalt kam, hatte sie auch schon längere Zeit leichtere oder schwerere psychogene Erscheinungen geboten, unter anderen selten deutlich ausgeprägte Katalepsie, auch Gesichtsfeldstörungen; ihre Intelligenz ist übrigens gut, wie so oft bei rein Hysterischen. Ich glaube mich mit diesen kurzen Hinweisen auf die nachgewiesene Hysterie begnügen zu können und darauf verzichten zu dürfen, einen genauen derzeitigen Nervenstatus zu liefern; nur kurz einige wichtige Punkte: Pupillarreaktion nach jeder Seite in Ordnung; Clavus; gestörte Schmerzempfindlichkeit; Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit; mäßige Dermographie; Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe; Neigung zum Schwitzen; keine organischen Störungen auf fast völlige Anurie verdächtige, kürzlich erst eingetretene Anomalie der Nierensekretion; früher untersuchter Urin: frei von Albumen und Saccharum; sauer. Seit fünf Wochen etwa bemerkt nun die Gefangene, daß die Brüste, die sehr dürrig sind, sezernieren, und zwar die rechte mehr als die linke. Ehe die rechte Brust absondert, fühlt die Gefangene lebhaften Schmerz in der rechten Scapula, als krampfe sich diese zusammen; der Schmerz zieht dann im Verlauf der Rippen nach der rechten Brust; gleichzeitig tritt Erektion der Brustwarze ein, die Brust selbst wird angeblich stärker; zuerst läuft dann eine leicht getrübe, gelblich-seröse Flüssigkeit tropfenweise ab, schließlich läuft es richtig, so daß die Wäsche bzw. die Vorlagen stark durchnäßt sind; der ganze Vorgang soll sich etwa in einer Minute abspielen, und schließt gelegentlich mit dem Heraustreten eines Tröpfchens Blut. Die linke Brust zeigt dieselbe Sekretionsanomalie wie die rechte, nur in verminderter Stärke; der Schmerz beginnt da etwa in der vorderen Axillarlinie und zieht ebenfalls nach der Brust; manchmal laufen beide Brüste gleichzeitig, manchmal nur die rechte; die Schwellung der linken Brust ist angeblich stets geringer als rechts. Wenn das Laufen beginnt, stellt sich ferner Kopfschmerz ein, mit Bevorzugung der rechten Kopfseite, auch wird es dabei der Gefangenen gelegentlich schwarz vor den Augen. Solche Absonderungen treten angeblich täglich ein- bis dreimal auf; dreimaliges Auftreten ist aber selten; die kürzlich eingetretenen Menses verstärkten die Erscheinungen. Merkwürdigerweise sistieren aber seit dem Einsetzen der Galaktorrhoe die früheren schweren Bewußtseinsstörungen usf. vollständig. Es ist noch zu erwähnen, daß diese Sekretionsanomalie früher nie bei

der Gefangenen aufgetreten ist; eine auslösende Ursache ist nicht zu finden. Das Sekret selbst gerinnt auf dem Deckgläschen schnell; es zeigt im mikroskopischen Bild ganz vereinzelte Leukozyten und einige Fettröpfchen. Erwähnenswert ist es weiter, daß im Intervall im Bereich der während des Laufens der Brüste neuralgisch ergriffenen Bezirke typische Interkostalnervendruckpunkte vorhanden sind und eine deutliche Hyperästhesie der Haut sich nachweisen läßt; auch fand ich einmal an der rechten Brustseite stark geschwellte Hautvenen; ich möchte weiter bemerken, daß die Gefangene kürzlich nach Aussage der gut beobachtenden Krankenhausaufseherin eine quer über den Leib ziehende rote Schwellung der Bauchhaut dargeboten hat, die schnell vorüberging und wohl sicher als fliegendes hysterisches Oedem zu deuten ist. — Wir haben es also hier mit einem typischen Fall von „*Sein hystérique*“ der Franzosen zu tun. Wir finden das Anschwellen der Brüste, heftige Schmerzen in denselben zur Zeit der Sekretion (Mastodynie von Brodie), die Galaktorrhoe und die nie fehlende Hyperalgesie der betroffenen Partien. Die angewandte Therapie (Jodkali, Suspensorium mammae) versagte vollständig, so daß man darauf verzichtete, weitere therapeutische Maßnahmen, die die Einschränkung der Absonderung zur Folge haben sollten, anzuwenden; man wird sich darauf beschränken müssen, allgemein roborierend vorzugehen. Der vorliegende Fall hat übrigens eine frappante Ähnlichkeit mit dem von Glorieux veröffentlichten, sowohl hinsichtlich seiner durch Behandlung usf. nicht zu beseitigenden Sekretion, als auch in bezug auf die Tatsache, daß während der Galaktorrhoe die hysterischen Anfälle völlig sistierten, eine Beobachtung, die übrigens in ähnlicher Weise Briquet machte.

(Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 13.)

Obstipatio.

Eine hydrotherapeutische Kur bei chronischer Verstopfung bei Kindern, die fast stets von gutem Erfolge und dauernder Heilwirkung war, wendet Dr. J. v. Buczányi (Budapest) seit ungefähr zwei Jahren an. Es ist dies die Bauchdusche, die Verfasser in mehr als 50 Fällen angewendet hat. In die Wanne schüttet man zwei bis drei Finger hoch 28—31° C. Wasser, das Kind wird mit der linken Seite hineingelegt. Aus einer einfachen Gartenkanne wird zwei bis drei Minuten lang 13—16° C. Wasser auf die rechte Seite des Patienten von 89—100 cm Höhe geschüttet. Mit dem Wasserstrahl fängt man in der Querlinie des Nabels rechts an und geht allmählich nach links abwärts. An der linken Seite wird kurz abgesetzt und wieder rechts angefangen. Die Dusche wird am besten des Morgens angewendet. Sehr wichtig ist es, die Prozedur immer zur selben Zeit zu applizieren. Der Stuhlgang stellt sich schon meistens am ersten

Tage spontan ein, bestimmt aber am zweiten Tage. Nach 20—25 Duschen trat in 70% vollständige Heilung ein.

(Klin. therap. Wochenschrift 1911 Nr. 37.)

Ueber die Verwendung des Chocolins bei der Therapie der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. Von Privatdozent Dr. P. Mulzer (Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten, Straßburg i. E.). „Bei der Therapie der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen spielen zweckmäßige hygienische und diätetische Maßnahmen bekanntlich eine große Rolle. Vor allen Dingen müssen alle Momente möglichst ausgeschaltet werden, die zu einer Blutüberfüllung der Genitalien und der Beckenorgane führen. Alle anstrengenden Leibesübungen und unter ihnen besonders das Reiten, Tanzen, Turnen, Radfahren und lang anhaltendes Marschieren sind aus eben diesen Gründen zu verbieten, aber auch die Speisen und Getränke sind so zu wählen, daß sie einerseits möglichst wenig reizend auf die Sexualorgane wirken und anderseits einen leichten und regelmäßigen Stuhlgang gewährleisten. Trotz genauer derartiger diätetischer Verordnungen und peinlichster Innehaltung derselben seitens der Patienten beobachtet man doch meistens im akuten Stadium der Gonorrhoe und besonders bei gewissen Komplikationen (Epididymitis, Prostatitis) eine mehr oder weniger starke Obstipation, so daß wir uns genötigt sahen, diese durch besondere therapeutische Maßnahmen zu bekämpfen beziehungsweise zu verhüten. Von diesem Gesichtspunkte aus haben wir nun bisher jedem Gonorrhoeerkranken bei der Aufnahme in unsere Klinik neben der üblichen blanden Diät (zweite Form) jeden Morgen nüchtern einen Teelöffel künstlichen Karlsbader Salzes verabreicht. Diese Medikation hatte nun aber für uns immer gewisse Nachteile, die darin bestanden, daß einmal öfters die ersten Stuhlentleerungen zu stürmisch mit Tenesmen und Leibschmerzen und zu oft und in wässriger Form erfolgten, und dann, daß sich die Patienten mitunter an das Karlsbader Salz gewöhnten und daß dann der gewünschte Effekt ausbleibt. Von der Firma Stollwerk in Köln wurde mir nun vor einiger Zeit ein neues Abführmittel, das sogenannte Chocolin (Michaelis) zur Prüfung übersandt. Aus der beiliegenden Literatur ging hervor, daß dieses Präparat alle Eigenschaften, die man an ein gutes und mildes Abführmittel stellen muß, zu besitzen schien. Es lag nun für mich nahe, dieses Präparat an Stelle des Karlsbader Salzes bei unseren Gonorrhoeerkranken zu versuchen. Hierbei leitete mich aber auch noch folgende Erwägung: Bei Gonorrhoeikern beobachtet man besonders in den Anfangsstadien ihrer Erkrankung eine mehr oder weniger starke Beeinträchtigung ihres Allgemeinbefindens, wobei häufig auch der Ernährungszustand leidet. Dazu kommt noch, daß einerseits die zu verordnende blande

Diät und andererseits die dauernde Anwendung von Abführmitteln, wenn auch in milder Form, nicht geeignet sind, den Ernährungszustand zu heben. In der Tat beobachteten wir denn auch bei fast allen unseren Gonorrhoe-kranken während der Dauer der Spitalbehandlung eine Herabsetzung ihres Körpergewichts. Die Kombination eines milden Abführmittels mit einem Nährpräparat, wie Schokolade oder Kakao, schien mir daher auch in dieser Hinsicht eine glückliche zu sein, da diese Nahrungsprodukte allein ja bekanntlich den Ernährungszustand außerordentlich heben, aber eben ihrer obstipierenden Wirkung wegen nicht bei Gonorrhoe-kranken dauernd gegeben werden können. Seit etwa vier Monaten habe ich nun auf der Abteilung für männliche Geschlechtskranke der hiesigen Universitäts-hautklinik das Chocolin zur Unterstützung der Therapie in der Weise verwendet, daß ich den Kranken jeden Morgen eine Tasse (drei bis vier Teelöffel in eine Tasse reiner Milch verrührt) habe trinken lassen. Was zunächst die abführende Wirkung dieser Medikation betrifft, so trat bei fast allen Patienten (akute oder subakute Gonorrhoeen mit oder ohne Komplikationen), wenn dieses Getränk in oben angegebener Weise morgens gegeben wurde, im Laufe des Vormittags mühelos eine reichliche, weiche, mitunter breiige, aber niemals spritzige Stuhlentleerung ein, die ohne vorherige Leibschmerzen erfolgte. Bei einigen Patienten erwies sich diese Durchschnittsdosis als zu groß, da bei ihnen meist zwei, einmal sogar drei Stuhlgänge an einem Tage auftraten. Bei einigen anderen wirkten erst $1\frac{1}{2}$ bis 2 Tassen in gewünschter Weise. Man wird also auch hier individuell dosierend vorgehen müssen. Nur ein einziges Mal hatte ich einen Mißerfolg, indem ich zur Erzielung des gewünschten Effekts noch eine Zeit lang Karlsbader Salz geben mußte. Das Getränk wurde von allen Patienten gern genommen und bot auch auf der Abteilung einen erwünschten Zusatz der bei der Gonorrhoe-therapie so beschränkten Getränkeauswahl. Eine Gewöhnung an das Präparat und eine eventuell dadurch erfolgte Herabsetzung seiner Wirksamkeit habe ich bisher noch nicht beobachtet. Was nun die Wirkung des Chocolin-genusses auf den Ernährungszustand der Patienten betrifft, so ist zu erwähnen, daß wir fast bei allen unseren damit behandelten Patienten eine deutliche Gewichtszunahme, zum mindesten aber keine Gewichtsabnahme konstatieren konnten. Vergleichsweise angestellte Wägungen von Patienten, die — bei gleicher leichter Tripperdiät (zweite Form) — teils Karlsbader Salz, teils Chocolin in oben-erwähnter Dosierung erhielten, ließen regelmäßig auffallende Unterschiede in der Gewichtszunahme zugunsten des Chocolins feststellen. Auf Grund dieser meiner Prüfung glaube ich das Chocolin (M i c h a e l i s) mit Recht als diätetisches Adjuvans bei der Therapie der Gonorrhoe empfehlen zu können, da es in bequemer und ausreichender

Weise den Stuhlgang regelt und zugleich den hier meist reduzierten Ernährungszustand hebt. Nach dieser Richtung hin hat es uns in der Spitalpraxis bisher gute und völlig befriedigende Dienste getan.
(Mediz. Klinik 1912.)

Otitis.

Die konservative Behandlung der akuten Mittelohrentzündung. Von Dr. H. Obermüller (Mainz). Eine Komposition von Extract. Opii mit Glyzerin, unter dem Namen „Otagan“ von der Schwanenapotheke in Mainz dargestellt, hat so gute Dienste geleistet, besonders in der Kinderpraxis, daß O. seit Jahr und Tag keine Parazentese mehr nötig hatte und nach ein bis zwei Wochen stets glatte Heilung erzielt hat. Das Mittel ist vor der Instillation nicht zu erwärmen; der Gehörgang wird damit vollgefüllt, dann bleibt der Patient auf dem gesunden Ohr 10—15 Minuten liegen. Nach einer Stunde Wiederholung der Instillation.

(Therap. Monatshefte, September 1911.)

Karbol-Glyzerin als Ohrtropfen. Von Prof. Dr. Gustav Brühl (Berlin). 3—5%iges Karbol-Glyzerin (Acid. carb. liqu. 0,5, Glycerin. ad 10,0) als Ohrtropfen bei beginnender akuter Mittelohrentzündung erfreut sich mit Recht allgemeiner weiterer Verbreitung. In letzter Zeit hörte Verfasser nun häufig praktische Aerzte Zweifel an der Berechtigung dieser Medikation äußern, weil an manchen Stellen in der Literatur und Fortbildungskursen vor diesem Mittel gewarnt werde: es helfe nicht, verätze das Mittelohr etc. Nach vieltausendfacher Erfahrung möchte Verfasser dazu beitragen, diesen Aberglauben zu zerstreuen: Bei beginnender akuter Mittelohrentzündung kann das Karbol-Glyzerin (erwärmt, fünf Tropfen zwei bis dreistündlich ins Ohr geträufelt), neben Bettruhe und Eisumschlägen geradezu koupierend wirken. Auch noch nach Vornahme der Parazentese oder nach erfolgtem Spontandurchbruch (den man natürlich am besten vermeidet), wirkt das Karbol-Glyzerin außerordentlich entzündungswidrig und beschleunigt die Heilung. Bei starker Eiterung muß das Ohr vorerst durch Austupfen, Ausspülen oder mit Wasserstoffsuperoxyd (60%) gereinigt werden, damit das Karbol-Glyzerin in die Tiefe dringen kann. Nach diesen Erfahrungen stellt sich also das Karbol-Glyzerin als ein ungemein wertvolles und unentbehrliches Mittel bei der Behandlung der akuten Otitis dar. Jede angeblich schädliche Nebenwirkung beruht auf irrtümlichen Beobachtungen.
(Ars Medici 1912 Nr. 8.)

Rheumatismen.

Zur Therapie des akuten Gelenkrheumatismus mit Atophan und Melubrin. Von Dr. P. Neukirch (Aus der I. inneren Abteilung des Berliner Städtischen Krankenhauses am Urban). Autor faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

1. Atophan ist ein Mittel, welches bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von akutem Gelenkrheumatismus binnen 48 Stunden zur Heilung führt. Die Hauptbedeutung des Atophans sehen wir neben seiner großen Bedeutung bei der Behandlung der Gicht auch auf dem Gebiete der Therapie des akuten Gelenkrheumatismus. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Rezidive und Komplikationen sind, soweit es sich bereits erkennen läßt, nicht häufiger als nach Salizylbehandlung.

2. Melubrin ist besonders bei leichteren und subakuten Formen ein gutes, von allen Nebenwirkungen freies Mittel. Seine Hauptbedeutung liegt jedoch darin, daß es ein schätzenswertes allgemeines Antipyretikum ist. (Therap. Monatshefte, September 1912.)

Ueber Melubrin. Von Dr. Th. Schrenk (Medizin. Klinik Heidelberg). „Wir haben in den letzten Monaten bei etwa 60 Kranken gegen 2500 g verbraucht, ohne störende Nebenwirkungen zu beobachten. Dabei wurden bis zu 10 g pro die gegeben. Die größten Dosen betrugen einmal 76 g in acht Tagen und einmal 88 g in 15 Tagen. Unter den mit Melubrin behandelten Patienten befinden sich 31 Arthritiden, darunter 24 typische Fälle von Polyarthritidis rheumatica. Bei der Therapie dieser Krankheit ist die Tatsache noch nicht allgemein genug berücksichtigt, daß es wichtig ist, eine möglichst hohe Konzentration des Heilmittels im Organismus herzustellen. Um dies Ziel zu erreichen, haben wir bisher das Natr. salicylicum nie auf den Tag verteilt gegeben, sondern immer 5—8 g in zwei bis vier Stunden verordnet. In der gleichen Weise wurden vom Melubrin meistens dreimal 2 g im Abstand von einer Stunde gegeben. Trat hierbei keine ausreichende Wirkung ein, so haben wir die Dosis auf 8—10 g erhöht. Die Wirkung des Melubrins war im allgemeinen die gleiche, wie man sie bei der Salizylsäure zu sehen gewohnt ist. Die Schmerzen ließen meistens sehr schnell nach, die Temperatur ging herunter, und die Schwellung und Rötung der Gelenke verschwand im Lauf einiger Tage. Im ganzen war die Wirkung vielleicht etwas schwächer, d. h. man mußte, um denselben Effekt zu erzielen, etwas mehr Melubrin geben als salizylsaures Natrium. Dreimal wurde mit dem Melubrin allein keine Entfieberung erreicht, bei einigen Fällen wurde die Temperatur und der Gelenkbefund zwar normal, aber die Kranken behielten subjektiv noch etwas Schmerzen, die dann nach der Verordnung von Salizyl verschwanden. Wie weit man hier mit

etwas mehr Ausdauer das Gleiche auch mit Melubrin hätte erreichen können, ließ sich im Einzelfall nicht entscheiden. Es ist ja eine alltägliche Erfahrung, daß nach dem Ablauf der akuten Symptome noch längere Zeit verstreicht, bis die Kranken wieder völlig schmerzfrei sind. Jedenfalls können wir die Beobachtungen von Loening bestätigen, daß es gelingt, den akuten Gelenkrheumatismus ohne Salizylpräparate mit Melubrin zu heilen. Wir halten das doch für einen ganz wesentlichen Fortschritt, da wir für die Kranken, die Salizyl nicht gut vertragen, ein Ersatzmittel unbedingt nötig haben. Mehrmals wurde Melubrin auch in großen Dosen gut vertragen, nachdem bei der Verordnung von salizylsaurem Natrium sofort über Ohrensausen und über ein Gefühl von Benommenheit geklagt worden war. In keinem Falle sahen wir eine Albuminurie oder Zylindrurie, für die wir die Melubrinwirkung hätten verantwortlich machen müssen. Bei einem großen Teil der Polyarthritiskranken bestand gleichzeitig eine leichte Nephritis, die während der Melubrindarreichung zur Ausheilung kam. In zwei Fällen von septischer Polyarthrititis, bei denen Streptococcus viridans im Blut nachgewiesen werden konnte, hatte das neue Präparat entschieden eine intensivere Wirkung als Salizyl. Entsprechend der Natur der Erkrankung wurden die Patienten auch durch Melubrin nicht fieberfrei, aber die Beeinflussung der Temperatur und die Linderung der Gelenkschmerzen war doch sichtlich besser. Die antipyretische Wirkung wurde dann noch hauptsächlich bei Tuberkulösen geprüft. Selbstverständlich darf man hier nicht die großen Dosen verordnen, die beim Gelenkrheumatismus gut vertragen werden. Das gilt ja in ganz gleicher Weise auch für andere Antipyretica, wie z. B. Aspirin und Pyramidon. Wir gaben bei Tuberkulösen, um die Temperatur herabzusetzen, meistens zunächst dreimal 0,5 g. Wenn hierbei im Lauf von einigen Tagen keine ausreichende Wirkung erzielt wurde, so stiegen wir bis zu dreimal 1 g täglich. Zu berücksichtigen ist dabei, daß häufig eine gewisse Summation stattfindet. Wenn also die Temperatursenkung auf das Melubrin hin am ersten Tage nur unerheblich ist, so kann sie bei der gleichen Dosis am zweiten Tage sehr viel deutlicher werden.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 34.)

Rhinitis.

Chirurgische Prophylaxe des akuten Schnupfens durch Salizyl. Von Privatdozent Dr. P. Sick (Leipzig). „Durch schwere Influenzaattacken 1904 und 1906 war mir Aspirin oft wochen- und monatelang die Bedingung geworden, unter der ich überhaupt ohne Gelenk- und Nervenschmerzen arbeiten konnte. In der Befürchtung, bei leichter Erkältung wieder einen Rückfall zu bekommen, griff ich

auch nach Ausheilung der Influenza öfter zu dem Mittel bzw. auch dem Heyden'schen Präparat in Pulverform (Oblate). Dabei erfuhr ich bald, daß jeder beginnende Schnupfen, dessen schwererer Charakter durch Kitzelgefühl im Hals, im Rachen sich kundtut, dessen leichtere Art in der Nase zuerst lokalisiert zu sein scheint, durch eine bis zwei Dosen von 1 g Aspirin (eventuell auch mehr, bis zum Verschwinden des Symptoms) zu unterdrücken ist. Ganz besonders gut dann, wenn die ersten Anzeichen, wie so häufig, sich gegen Abend melden, und man abends und morgens die Dosis nimmt. Man kann dann ohne jede Andeutung von Schnupfen die Vormittagsarbeit erledigen, fügt nur gegen Abend zur Sicherheit noch eine Dosis hinzu. Hat man das rechtzeitige Einnehmen versäumt, und hat sich schon eine akute Rhinitis ausgebildet, oder setzt man sich etwa noch einmal einer akuten Erkältung beim Verlassen des feuchtwarmen Operations- saales aus, so sind doch zwei bis drei weitere Dosen imstande, den Schnupfen wirklich zu beseitigen. Ich habe die beteiligten Bakterien nicht untersucht, aber es ist mir keine Infektion vorgekommen, die nicht rasch auf Azetylsalizylsäure reagiert hätte. So bin ich gerade als Chirurg für dies innere Prophylaktikum dankbar; außerdem ist es mir lehrreich deshalb, weil es hier und wohl auch in vielen andern Fällen nicht auf eine Desinfektion der mit Bakterien infizierten Schleimhäute ankommt, sondern auf Umstimmung der Gewebsreaktion, die offenbar mit der natürlichen Resistenz unserer Schleimhäute zu vergleichen ist. Die starke Immunität der gesunden Schleimhäute, die etwa durch die gefäßalterierenden Einflüsse der „Erkältung“ gelitten hat und den schmarotzenden oder eben akquirierten pathogenen Bakterien nun den Eintritt nicht mehr verwehrt, wird durch das Salizyl direkt oder indirekt wiederhergestellt, wohl auch verstärkt. Die Salizylpräparate zeigen sich so als Antiseptika, die man als physiologische bezeichnen könnte, weil sie, richtig dosiert, die Gewebe nicht schädigen, sondern stärken, ähnlich wie wir dies auch von den Jodpräparaten inneren und äußeren Gebrauchs immer mehr kennen lernen und schätzen. Nur wird es nötig sein, das jedem einzelnen angepaßte Präparat und die entsprechende Dosis im therapeutischen Versuch zu finden, vielleicht auch unerwünschte Nebensymptome, wie starke Transpiration bei einem Salizylpräparat durch Anwendung eines anderen auszuschalten.“

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 29.)

Zur Prophylaxe des Schnupfens. Von San.-Rat Dr. Adolf Eysell in Kassel: „Auf Seite 1605 des laufenden Jahrganges der Münch. med. Wochenschrift tritt P. Sick warm für den Gebrauch des Aspirins bei beginnendem Schnupfen ein. Ich kann nach mehrjähriger Beobachtung am eigenen Leibe, bei meinen Angehörigen

und zahlreichen intelligenten Patienten seine Angaben inhaltlich voll bestätigen. Ich wende nicht Aspirin, sondern das mildere, namentlich für den Tractus intestinalis viel bekömmlichere **Diaspirin** an, und zwar in etwas größeren Dosen und für längere Zeit, als dies Sick tut. Bei den ersten Anzeichen des herannahenden Schnupfens nehme ich sofort zwei Halbgrammtabletten und die gleiche Menge des Medikamentes nach weiteren sechs Stunden. Beim Gebrauch von je 3 g **Diaspirin** an den beiden folgenden Tagen gelingt es mir jedesmal, meinen Schnupfen zu kupieren. Meinen Patienten verordne ich meist morgens und mittags je eine Halbgrammtablette und vor dem Schlafengehen deren zwei zu nehmen: in den meisten Fällen mit dem gleichen Erfolge. Wirkt das Mittel einmal nicht so prompt und vollkommen, so erhöhe ich die Gabe sofort auf 3 g pro die und gebe in späteren Anfällen demselben Patienten von vornherein sechs bis acht Halbgrammtabletten innerhalb 24 Stunden. Aber nicht allein gegen Schnupfen, sondern — und dies scheint mir noch viel wichtiger zu sein — im Beginne akuter Hals- und Mandelentzündungen verordne ich regelmäßig wirksame Mengen von **Diaspirin** und bin fest davon überzeugt, daß ich hierdurch meine Kranken vor mancher Peritonsillitis und manchem Gelenkrheumatismus mit allen seinen üblen Begleiterscheinungen und Folgen bewahrt habe. “

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 37.)

Scarlatina.

Scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung vom echten Scharlach durch die Ehrlich'sche Amidobenzaldehydreaktion im Harn. Von F. U m b e r (Innere Abteilung des städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend). Es fiel U. in diesem Winter im Gegensatz zu früheren Jahren auf, daß — bei den einmal Injizierten — die Serumexantheme ungewöhnlich häufig waren. Von den Serumexanthemen waren nicht weniger als 59% skarlatiniform! Zum Teil boten sie ein sehr schweres klinisches Bild und waren häufig durch die klinische Untersuchung allein überhaupt nicht von gewöhnlichen Scharlachfällen zu unterscheiden. Das Exanthem verhielt sich dann genau wie ein echtes Scharlachexanthem, auch bezüglich seiner regionären Verteilung, die Zunge zeigte die Merkmale der Scharlachzunge, der Tonsillarbelag, die Drüenschwellungen, das Fieber und schwere allgemeine Krankheitszeichen unterschieden sich oftmals in nichts von denjenigen bei schwerem echten Scharlach. Selbst Albuminurien, sogar parenchymatöse Nephritiden und Abschuppungszeichen können beim Serumexanthem ebenso vorhanden sein wie beim echten Scharlach. Dabei hat die Unterscheidung dieses Serumscharlachs vom echten Scharlach wegen der Uebertragbarkeit des letzteren auf die Umgebung die größte prak-

tische Bedeutung. Zur praktischen Unterscheidung dieser beiden Krankheitsformen ist die Ehrlich'sche Paradimethylamidobenzaldehydreaktion, am frischgelassenen Harn angestellt, sehr brauchbar. In echten Scharlachfällen pflegt sie nach U.'s Erfahrungen in 96% der Fälle positiv zu sein. (Unter 96 Scharlachfällen 93 mal.) Bei 60 Fällen von skarlatiniformen Serumexanthen sah U. sie 59 mal negativ, einmal zweifelhaft. Diese Ehrlich'sche Amidobenzaldehydreaktion wird am frischgelassenen Harn ausgeführt. Das Reagens wird so hergestellt, daß 2,0 g Paradimethylamidobenzaldehyd im Mörser mit 30 g Acid. mur. concent. zerrieben, dann mit 70 ccm Wasser verdünnt und filtriert werden. Von diesem Reagens werden zwei Tropfen zur Harnprobe hinzugefügt. Färbt sich dieselbe bereits in der Kälte schön rot und zeigt das Spektrum einen deutlichen Absorptionsstreifen ins Gelborange zwischen D und E, so bezeichnet U. die Probe als + + + (dreifach positiv), tritt die Rotfärbung beim Erwärmen auf, als + + (zweifach positiv), Rotfärbung nach dem Kochen als + (einfach positiv). Die pathognomonische Bedeutung dieser Reaktion zur differentialdiagnostischen Unterscheidung von echtem Scharlach und skarlatiniformem Serumexanthem drängte sich auf, als U. in jedem frisch eingelieferten Falle der gesamten medizinischen Abteilung im vergangenen Jahre diese Ehrlich'sche Reaktion im Harn prüfte. Diese Prüfungen erstreckten sich auf mehrere Tausende von Kranken verschiedenster Art. Auch bei akuter Polyarthrit, sowie bei frischen Pneumonien sah U. sie fast stets positiv, aber dadurch wird ja ihre differentialdiagnostische Bedeutung für Scarlatina in der Regel nicht beeinträchtigt. Daß diese Ehrlich'sche Paradimethylamidobenzaldehydreaktion im Harn eine Farb-reaktion darstellt, die durch die Anwesenheit des Urobilinogens hervorgerufen wird, hat zuerst Neubauer gezeigt. Auf die Tatsache, daß bei Scharlachkranken die Urobilin- beziehungsweise Urobilinogenausscheidung in der Regel gesteigert ist, ist bereits von Hildebrandt, Tugendreich, E. Rach und v. Reuß u. a. hingewiesen worden. Ob ein gesteigerter Blutzerfall und dadurch vermehrte Gallenausscheidung nach dem Darm oder aber leicht hepatische Erscheinungen beim Scharlach die Ursache der gesteigerten Urobilinogenausscheidung sind, bleibt vorläufig weiteren Prüfungen vorbehalten. Jedenfalls ist die von U. ermittelte Tatsache, daß sie in der Regel nur der echten Scarlatina, nicht aber dem leicht damit verwechselten scharlachartigen Serumexanthem zukommt, von praktischer Bedeutung. U. pflegt auch seit geraumer Zeit aus dem positiven oder negativen Ausfalle dieser Ehrlich'schen Reaktion im Harn von Scharlachverdächtigen die praktische Konsequenz hinsichtlich der Isolierung zu ziehen und hat dieselbe bisher niemals zu bereuen gehabt. (Medizin. Klinik 1912 Nr. 8.)

Ueber Behandlung des Scharlachs mit Moser-Serum. Von B. Schick (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien). Für die Behandlung des Scharlachs mit Serum Moser haben folgende Grundsätze zu gelten:

1. Behandlung nur der Fälle mit Prognosis III (dubia) und IV (letalis).

2. Möglichst frühzeitige Injektion, womöglich in den ersten zwei Tagen der Erkrankung. Der dritte Krankheitstag ist der letzte Termin, an welchem man noch mit größter Wahrscheinlichkeit einen Erfolg der Serumbehandlung erwarten darf. Nach dem fünften Krankheitstage injiziert, hat das Serum keine Wirkung mehr.

3. Am geeignetsten zur Injektion sind Fälle von toxischem Scharlach, Erkrankungen, bei denen die Rachenerscheinungen fehlen oder mäßig entwickelt sind.

4. Zur Verwendung in der Praxis sollen nur solche Sera kommen, deren Wirksamkeit am Krankenbette schon konstatiert ist. Minderwertige Sera sollen gar nicht ausgegeben werden. Serie I und Serie II des im k. k. serotherapeutischen Institute in Wien erzeugten Moser-Serums hat entsprechenden Erfolg gebracht.

5. Die Injektionsmenge beträgt 200 ccm (nur bei Kindern im ersten Lebensjahr und in der ersten Hälfte des zweiten kann man 100 ccm verwenden).

6. Alle sonstigen therapeutischen Maßnahmen bleiben aufrecht, insbesondere das Bemühen um Erhaltung der Herzkraft.

Es ist nach S.'s Meinung für die Behandlung des schweren, rein oder vorwiegend toxischen Scharlachs das Moser'sche Scharlachstreptokokkenserum das einzige Mittel, mit dem man Erfolge erzielen kann. S. glaubt nicht, daß das Moser-Serum das ideale Mittel in der Scharlachbekämpfung ist und keiner Verbesserung bedarf, er hält es für das derzeit beste Mittel. Die Mißerfolge der meisten Autoren haben ihre Ursache in der Verwendung zu kleiner Dosen, in der unrichtigen Auswahl der Fälle, in der Anwendung minderwertiger Serumsorten und in der willkürlichen Abänderung der Immunisierungsmethoden. S. setzt noch hinzu, daß bei Ueberprüfung der Serumwirksamkeit das Urteil nicht auf Grund von Beobachtungen einer nur geringen Anzahl von Fällen abgegeben werden soll; es ist auch deutlich zu sehen, daß fast alle diejenigen Autoren, die viele Fälle injiziert haben, Anhänger des Moser-Serums sind.

(Therap. Monatshefte, April 1912.)

Ein Fall von symmetrischer Hautangrän bei Scharlach. Von Silberstein. Die neunjährige Patientin erkrankte am 24. April v. J. an Scharlach. Gleich in den ersten Tagen stellte sich unter Temperatursteigerung Scharlach - Rheumatismus im linken

Kniegelenk und in den Fingergelenken ein. Der Verlauf war alsdann bei außerordentlich starker Schälung bis gegen Ende der dritten Woche normal. Dann stellten sich Angst- und Erregungszustände ein, für die eine weitere Erklärung nicht zu finden war. Die Herztätigkeit war erregt, die Herztöne jedoch waren rein. Am Anfang der vierten Woche stellte sich Fieber ein, 39,3 Grad, und es zeigte sich an der rechten Wade ein blauroter Fleck von Talergröße. Schon am nächsten Tage sieht man an beiden Unterschenkeln symmetrisch von vorn um die Waden herum sich schlängelnde, etwa 6 cm breite, dunkel bis schwarzblau gefärbte Bänder, umgeben von Petechien; die Waden sind hart, geschwollen, druckempfindlich. Bei jeder Bewegung der Beine hat das Kind sehr starke Schmerzen. Ferner setzt eine hämorrhagische Nephritis ein. Die blauen Hautstellen, die der Schätzung nach zwei Drittel der Unterschenkel einnehmen und gegen die Nachbarschaft genau markiert sind, sind am dritten Krankheitstage überall mit kleinen Blasen bedeckt. Allmählich bilden sich größere, blauverfärbte Blasen; Fußrücken und Oberschenkel, am fünften Krankheitstage sogar auch die Symphysengegend, werden ödematös, fühlen sich hart an und sind druckempfindlich. Später nahm die Schwellung etwas ab, die blauroten Partien nahmen hellere Farbe an, der blutigeröse Inhalt einiger Blasen ist in den Verbandstoffen. Das Allgemeinbefinden bessert sich. Am elften Krankheitstage sieht man nach abgelöster Epidermis beiderseits an den Waden tiefschwarz verfärbte, halb-handflächengroße Partien, die einer tieferen Nekrose entsprechen. Am zwölften Krankheitstage entsteht am rechten Oberschenkel eine Thrombose, deren Symptome: bläuliche Verfärbung, Schwellung und Schmerzen, sich schnell bessern. Am vierzehnten Krankheitstage sind die etwa 20 cm langen und im Umfange etwa 18 cm messenden brandigen Stellen teilweise aufgebrochen, so daß man schon granulierende Stellen sieht. Unter starker Sekretion zerfallen die schwarzen mumifizierten Partien und hängen als große Fetzen an den Waden herab. Es tritt immer mehr leicht blutendes Granulationsgewebe hervor. Man kann jetzt mit Bestimmtheit erkennen, daß die Gangrän nur die Cutis und an einigen Stellen oberflächlich die Muskulatur ergriffen hat. Anfang der vierten Woche war die Nephritis geheilt, anfangs der fünften Woche war der linke Unterschenkel von gangränösen Stellen völlig frei. Mitte der sechsten Woche setzte wiederum am rechten Oberschenkel eine Thrombose ein, die gleichfalls sich schnell besserte. Am 23. Juli, also nach dreimonatigem Kranklager, wurde die Patientin aus dem Bette gebracht, begann mit Kriechbewegungen, machte alsdann 14 Tage später zwischen Stühlen die ersten Gehversuche. Nach sechs Monaten waren an beiden Waden noch etwa markstückgroße Granulationsflächen, die drei Wochen später völlig geheilt waren. Es handelte sich also um einen Fall von

ausgedehnter symmetrischer Hautgangrän der Unterschenkel bei gleichzeitig bestehender hämorrhagischer Nephritis im Verlauf des Scharlachs, der in seinem Beginn schon Rheumatismus und später zweimal Thrombosen als Komplikation zeigte. Wie selten Gangrän bei Scharlach auftritt, kann man daraus ersehen, daß die meisten Lehrbücher der Kinderheilkunde und Monographien über Scharlach sie gar nicht erwähnen. H e n o c h beobachtet das seltene Auftreten von Hautgangrän als Decubitus. B a g i n s k y erwähnt kurz multiple Hautgangrän als seltene Komplikation des Scharlachs. H e u b n e r hat seinen ersten und einzigen Fall im Jahre 1908 in der Gesellschaft der Charité-Aerzte vorgestellt. Hier handelte es sich um eine einseitige Gangrän von 9 cm Länge und 8 cm Querdurchmesser am Ellbogen mit Ausgang in Heilung. Von den in der Literatur gesammelten 14 Fällen (diesen Fall inbegriffen) sind fünf gestorben, fünf mit Amputation und vier ohne Funktionsstörung geheilt. Die Prognose ist also keine besonders günstige. Mehreren Fällen gemeinsam ist das Auftreten von entzündlich-rheumatischen Erscheinungen gleich in der ersten Woche unter Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung, welche letztere auch nach Abklingen des Fiebers noch bestehen bleibt. J ü r g e n s e n deutet den Allgemeinzustand als septischen, und mehrere Autoren fanden in ihren Fällen Streptokokken. Als Entstehungsursache scheint eine durch Toxine bedingte Schädigung des kapillaren bzw. präkapillaren Gefäßsystems eine Rolle zu spielen. Prädisponierend mag in diesem Falle eine angeborene Schwäche im Blutgefäßsystem mitgewirkt haben. Die Mutter des Kindes hatte stets anämische, wachsgelbe Gesichtsfarbe und einige Stunden nach der Geburt dieses Kindes eine schwere atonische Blutung, die jüngere siebenjährige Schwester hatte im vorigen Jahre nach Windpocken schweren Morbus maculosus mit starkem Nasenbluten und reichlichen Sugillationen an den Beinen.

Diskussion: C a s s e l : Ich habe auf Veranlassung des Kollegen Silberstein den Fall gesehen und kann bestätigen, daß das Bild ganz erschreckend war. Die schmutzig braunroten, gangränösen Herde, die offenliegenden Gefäße, aus denen mehrmals täglich Blutungen erfolgten, die schwere Alteration des Allgemeinbefindens, das Darniederliegen des Kräftezustandes ließen den Fall als einen ganz besonders schweren erscheinen. Ich habe damals — und ich glaube, das hätte wohl auch ein jeder von Ihnen getan — die Prognose als infaust bezeichnet und war daher um so freudiger überrascht über den günstigen Ausgang und darüber, daß es Kollegen Silberstein gelungen ist, den Fall zu diesem glücklichen Ende zu führen. Ich hatte mir damals den Vorschlag erlaubt, die Anwendung eines permanenten Wasserbades zu empfehlen, weil ich glaubte, daß auf diese Weise die Gangrän schneller heilen könnte. Die Tatsachen haben

mich widerlegt: es ist dem Kollegen gelungen, mit relativ einfachen Mitteln den Fall zu heilen. — H e u b n e r : Der Fall verdient großes Interesse; den von mir beobachteten hat der Vortragende erwähnt; er war nicht symmetrisch, aber multipel hämorrhagisch. Gangränös wurde aber nur eine Stelle. Diese bot das nämliche Bild, wie es eben geschildert wurde. Hier ist die blaue Verfärbung wohl auch in noch größerem Umfange sichtbar gewesen als die nachherigen Nekrosen? S i l b e r s t e i n (Schlußwort): Nein, es waren überall Nekrosen, überall, wo die blaue Verfärbung war, überall war Gangrän.

(Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin,
Pädiatrische Sektion, Sitzung vom 11. Dezember 1911.)

Seekrankheit.

Nitroglyzerin gegen Seekrankheit. Von Dr. O. B u r w i n k e l (Bad Nauheim). Bei der Seekrankheit handelt es sich um einen vasomotorischen Gefäßkrampf und Anämie des nervösen Zentralapparates, wie kürzlich P e t e r s wieder hervorgehoben hat. Von diesem Gesichtspunkt aus versuchte Verfasser auf seiner letzten Ozeanreise das Nitroglyzerin, dessen gefäßerweiternde Wirkung allbekannt und speziell bei Angina pectoris sehr geschätzt ist. Die seekranken Passagiere nahmen je nach Bedarf einen Eßlöffel von folgender Lösung: Rp. Solut. alcohol. Nitroglycerin (1%) gtt. 20, Aq. dest. 150,0. Die unangenehmen Symptome der Seekrankheit wurden dann auch schnell und auffallend gebessert. Allerdings hielt dieser wohltuende Effekt nicht lange an, und es ist nötig, öfter von der Medizin einzunehmen, was ganz unbedenklich öfter am Tage geschehen kann. Noch wirksamer dürfte Amylnitrit sein, das leider nicht an Bord war. Dies Mittel ruft in noch höherem Maße als Nitroglyzerin Hirnhyperämie hervor und ist zudem sehr bequem in seiner Anwendung. Man zerbricht die in den Apotheken erhältlichen Glasphiolen im Taschentuch und atmet die darin enthaltenen wenigen Tropfen Amylnitrit ein. (Medizin. Klinik 1912 Nr. 29.)

Die Therapie der Seekrankheit. Von Isaac W. B r e w e r M. D. Verfasser hat als ärztlicher Begleiter eines Militärtransportes nach den Philippinen Gelegenheit gehabt, das V e r o n a l auf seine Wirkung bei Seekrankheit zu prüfen. In 81,8% der Fälle wurde vollständige Wiederherstellung, in 18,2% kein Erfolg erzielt. Das Mittel wurde zunächst nur therapeutisch verwendet und brachte meist innerhalb 30 Minuten Erleichterung. Auch bei wiederholter Erkrankung hatte es Erfolg. Später wurde es auch prophylaktisch gegeben, gewöhnlich mit promptem Erfolg, mehrmals konnten die Patienten schon an der nächsten Mahlzeit mit gutem Appetit teilnehmen.

Leichte, innerhalb ein oder zwei Tagen verschwindende Nachwirkungen sah Verfasser in drei Fällen; er führt sie auf zu hohe Dosen zurück. („Therapeutic Gazette“ 15. Juni 1912.)

Syphilis.

Ueber Fieber im Tertiärstadium der Syphilis. Von Karl Stern (Heidelberg). Verfasser gibt die Auszüge von 14 Krankengeschichten und resümiert:

„Bei der tertiären Lues, besonders der viszeralen, finden wir gar nicht selten Temperatursteigerungen, sei es niederen, sei es hohen Grades.

Das Fieber ist im Hinblick auf das Fehlen jedweder anderer fiebererregender Krankheiten und auf seine Beeinflußbarkeit durch eine antiluetische Therapie in Beziehung zur Syphilis zu setzen.

Bei der weitaus größten Mehrzahl der Fälle läßt sich das Fieber mit einer an Bestimmtheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auf den luetischen Prozeß selbst, d. h. mit anderen Worten, auf den Syphiliserreger und seine Stoffwechselprodukte beziehen.

Zum kleinen Teil wird das Fieber wegen des besonders dazu disponierten Sitzes der Krankheit (Luftwege, Lunge, Mesenterialdrüsen, Leber usw.) durch eine sekundäre Infektion verursacht.“

(Archiv für Dermatologie und Syphilis, Mai 1912.)

Ueber Neosalvarsan. Von Prof. Dr. Th. v. Marschalkó (Dermatologische Klinik der Universität Klausenburg). Das Neosalvarsan scheint ein ebenso mächtiges Antisyphiliticum wie das Salvarsan zu sein; da aber seine Anwendung besonders bei der intravenösen Form viel einfacher ist, so bedeutet es dem Salvarsan gegenüber gewiß einen Fortschritt. Es scheint auch weniger toxisch wie Salvarsan zu wirken, doch ist bei seiner Anwendung — besonders in intravenöser Form — ebenfalls Vorsicht geboten und die Anwendung zu hoher Einzeldosen überhaupt, sowie die in sehr kurzen Abständen erfolgte Wiederholung der Infusionen hier ebenso wie beim Salvarsan zu vermeiden, was um so leichter geschehen kann, als ebenso prompte Heilwirkungen, nur ohne jede Gefahr der Intoxikation — hier ebenso wie beim Salvarsan — allem Anscheine nach auch mit vorsichtigen kleinen Dosen erzielt werden können.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 34.)

Zur Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan. Von Dr. Joh. Fabry (Aus der Hautabteilung der städtischen Krankenanstalten zu Dortmund). Verfasser schreibt: „Veranlassung, daß wir heute schon glauben, zur Behandlung der Syphilis mit Neo-

salvarsan Stellung nehmen zu müssen, sind zwei in der Münch. med. Wochenschr. erschienene Publikationen, und zwar aus der Straßburger und Würzburger dermatologischen Klinik. Die Arbeit aus der Zieler'schen Klinik weist auf eine Reihe übler Nebenwirkungen hin und kommt zu dem Ergebnis, daß Neosalvarsan im Vergleich zu Altsalvarsan Vorteile für die Behandlung nicht biete; Wolff und Mulzer gehen noch weiter, indem sie mitteilen, daß sie nach ihren Erfahrungen sich veranlaßt sehen, die Behandlung mit Neosalvarsan überhaupt aufzugeben. Das wären also recht unerfreuliche Resultate. Da unsere Erfahrungen, allerdings unter vielfach anderen Voraussetzungen, zu ganz anderen Resultaten geführt haben, so halten wir uns verpflichtet, letztere jetzt schon zu veröffentlichen, da wir ein Aufgeben der Neosalvarsanbehandlung bedauern würden. Wir haben Neosalvarsan jetzt seit mehr als vier Monaten bei einer großen Zahl von Syphiliskranken aller Stadien angewandt. Unsere Kranken wurden zum größten Teile im Krankenhause behandelt und blieben auch nach der Entlassung in ambulanter Behandlung und Beobachtung. Es handelt sich demnach um ein Krankenmaterial, das uns sehr wohl in die Lage versetzte, uns ein gutes Urteil über die neue Arsenverbindung zu bilden. Wir haben bis heute ausgeführt: 536 Neosalvarsaninjektionen nur intravenös bei 252 Patienten, und zwar bei 181 Männern und 71 Frauen. Als uns Neosalvarsan zur Erprobung bei Syphiliskranken übergeben wurde, haben wir geglaubt, von dem Verfahren der kombinierten Quecksilber- und Salvarsanbehandlung nicht abgehen zu dürfen, und zwar aus folgenden Gründen: Es handelt sich um eine Schwefelverbindung des Salvarsans, und die zu verwendende Dosis Arsen sollte nicht geringer, eher größer sein wie bei Altsalvarsan. Die von uns angewandte kombinierte Behandlung ist in der Tat nach den Erfahrungen vieler Autoren und nach unserer eigenen die am wenigsten bedenkliche, und so glaubten wir das Wohl des Kranken höher stellen zu müssen, wie die gewiß sehr interessante Frage, ob denn nun allein mit Neosalvarsan eine Heilung der Syphilis zu erzielen sei. Was die Dosierung des Neosalvarsans anlangt, so haben wir uns trotz der von verschiedenen Seiten, besonders von Schreiber, Iversen, Duhot durchgeführten Verwendung von großen und größten Dosen im allgemeinen an die mittleren Dosen von Salvarsan gehalten, die sich uns bei Altsalvarsan als unbedenklich ergeben hatten. Für die sekundäre Syphilis gingen wir also in der Ueberlegung, daß in diesem Stadium der Körper mit Spirochäten überschwemmt ist, folgendermaßen vor:

1. Sechs bis acht Tage Vorbehandlung mit Hydrargyrum oxycyanatum (Dosis 0,01 pro die).
2. Am sechsten, siebenten oder achten Tage erste Neosalvarsaninjektion (0,45 bis 0,9 intravenös je nach der Konstitution oder je

nachdem es sich um kräftige Männer oder aber um zartere Individuen, vor allem Frauen handelte).

An diesem oder dem darauf folgenden Tage erhalten die Kranken auch 0,1 Hydrargyrum salicylicum.

3. Nach weiteren acht Tagen zweite Injektion Neosalvarsan (0,45 bis 0,9) und 0,1 Hydrargyrum salicylicum.

4. Nach weiteren 14 Tagen dritte Neosalvarsaninjektion. Insgesamt acht bis zehn Injektionen, also 0,8 bis 1,0 Hydrargyrum salicylicum.

Also wurde verwandt für die ganze Kur: 0,08 Hydrargyrum oxycyanatum, 0,8 Hydrargyrum salicylicum, 1,8 bis 2,7 Neosalvarsan. Die Verabreichung der drei Neosalvarsaninjektionen erstreckte sich über vier Wochen, die Quecksilberkur über zehn Wochen. Wir haben also bei weitem kleinere Gesamtdosen gebraucht, und bei weitem größere Pausen gemacht wie Schreiber, Duhot und auch Wolff und Mulzer, sowie Kall (Zieler).

Zum Vergleich führe ich an, daß Duhot beispielsweise gab:

1. April:	1,0	Neosalvarsan
3. „	: 1,0	„
5. „	: 1,0	„
7. „	: 1,5	„
10. „	: 2,0	„
12. „	: 2,0	„

8,5 Neosalvarsan in zwölf Tagen.

Von anderen mir zugänglichen Autoren hat allerdings keiner solche exorbitanten Dosen angewandt.

Iversen wandte in 14 Tagen 4,0 an.

Ehrlich selbst bezeichnet als größte Einzeldosis für den Mann 1,0, für die Frau 0,8; die Gesamtdosis einer Kur soll nicht 5 bis 6,0 Neosalvarsan übersteigen, und empfiehlt Zwischenräume von acht Tagen zwischen den Einzelinjektionen.

Wenn Wolff und Mulzer im ganzen innerhalb acht Tagen 3,3 Neosalvarsan gegeben haben, so müssen wir das auch als eine energische Verabreichung bezeichnen.

Kall (Zieler) gab

in Fall 1:	9. Mai:	0,75
	12. „	: 0,9
	14. „	: 0,9

2,55 also in fünf Tagen,

in Fall 2:	22. März:	0,9
	25. „	: 0,75
	27. „	: 0,9

2,55 ebenfalls in fünf Tagen,

in Fall 3 : 16. März : 0,9
 18. „ : 0,9
 20. „ : 0,75
 25. „ : 0,9

3,45 also in sieben Tagen.

Wir sehen also auch hier Verabreichung relativ großer Dosen in einem kurzen Zeitraum, besonders aber im Vergleich zu unserem Vorgehen. Unsere Kranken wurden aus der Behandlung entlassen mit der Anweisung, sich beim geringsten Anzeichen bei uns vorzustellen, jedenfalls aber nach drei Monaten zur Vornahme der Wassermann'schen Blutuntersuchung zu kommen. Wir stehen nicht an, den von uns geübten Modus procedendi dem Praktiker zu empfehlen; für uns ist doch vor allem wichtig auch die Entscheidung der Frage, wie wenig genügt von den immerhin differenten Mitteln (Quecksilber und Salvarsan), um eine Heilung zu erzielen. Wir haben die Ueberzeugung gewonnen, daß die von vielen Seiten im Anschluß an die erste Schreiber'sche Publikation verwandten großen Dosen gar nicht erforderlich sind, und es scheint auch, daß sie nicht unbedenklich sind. Es ist verschiedentlich der Einwand gemacht worden, bei kombinierter Behandlung wisse man nicht, ob der Heilerfolg auf die Quecksilber- oder auf die Salvarsanbehandlung zu beziehen sei. Das wird aber jeder, der Erfahrungen in der Syphilisbehandlung sammeln konnte, konzедieren, daß die von uns angewandten Dosen Quecksilber als kleine zu bezeichnen sind und daß wir bei diesen Dosen und auch bei viel größeren regelmäßig Rezidive zu sehen gewohnt waren. Wenn also, und darüber kann uns ja erst eine viel längere Beobachtungszeit Aufschluß geben, die Zahl der Rezidive wesentlich heruntergedrückt wird, so dürfen wir diesen Erfolg ganz gewiß auf Konto der Salvarsan- resp. Neosalvarsanbehandlung setzen. Fieber trat bei unseren Kranken nicht ein, wohl in vereinzelt Fällen vorübergehendes Uebelbefinden. Sehr häufig beobachteten wir am Tage nach der Injektion Subtemperaturen. Damit hätten wir kurz die Prinzipien angegeben, nach denen bei uns manifeste sekundäre Lues behandelt wird. Was die primäre Lues und die Sklerosen bei sekundärer Lues anlangt, so sind wir, nachdem wir vielfach auch bei Alt-salvarsan die Erfahrung gemacht hatten, daß sie oft hartnäckig bestehen blieben, sehr energisch örtlich gegen sie vorgegangen. Unter Lokalanästhesie mit Novokain Exstirpation, wo es eben anatomisch möglich war, bei ungünstigerem anatomischen Sitz ganz gründliche Kaustik. Diesem Umstände schreiben wir unsere so günstigen Kupierungsresultate bei primärer Lues zu. Im übrigen brauchen wir bei Früh-lues, also Ulcus primarium, vor Ausbruch der Roseola dieselben Dosen Quecksilber und Neosalvarsan wie bei der sekundären Lues. Bei tertiärer Lues leiten wir die Kur mit einer energischen Jodkur

ein und geben nach acht Tagen die erste und, wenn nötig, nach acht bis vierzehn Tagen die zweite Neosalvarsaninjektion. Wenn klinisch alle Symptome beseitigt sind, warten wir dann einige Monate ab und machen es von dem Ausfalle der Wassermann'schen Reaktion abhängig, ob eine dritte Injektion appliziert wird. Die Jodkur wird etwa sechs Wochen durchgeführt. Was die Technik der intravenösen Injektionen anlangt, so ist nur wenig zu sagen; wir haben uns peinlichst genau an die von Ehrlich gegebenen Vorschriften gehalten, in Aqua destillata, das frisch hergestellt wurde, also nicht in Kochsalzlösung, gelöst, mit Aqua destillata vor- und nachgespült. Da aber destilliertes Wasser bekanntlich die roten Blutkörperchen auflöst, so haben wir so wenig wie möglich Aqua destillata zum Vor- und Nachspülen verwandt. Zur Injektion benutzten wir den nach den Angaben von Benario bei Lautenschläger angefertigten Doppelirrigator. Nach unseren bisherigen klinischen Erfahrungen kommen wir zu folgenden Ergebnissen:

Die von uns angewandte kombinierte Quecksilber- und Salvarsanbehandlung ist auch bei Neosalvarsan für den Kranken die zweckmäßigste und unbedenklichste Methode.

Die von uns gebrauchten relativ kleinen Dosen Neosalvarsan sind für den Kranken absolut unbedenklich und, wie es scheint, zu einer Heilung ausreichend.

Die anderwärts angewandten großen und größten (Duhot) Dosen sind zu verwerfen und zwischen den Einzelinjektionen sollen größere Zeitabschnitte liegen, will man die Kranken vor unangenehmen Nebenwirkungen bewahren. Bei den von uns angewandten Dosen von Neosalvarsan sahen wir bis heute keine Schädigung vonseiten der Nerven — sogenannte Neurorezidive — und auch sonst keine üblen Nebenerscheinungen.

Die Neosalvarsanbehandlung ist für den Praktiker einfacher, für den Kranken unbedenklicher, und deshalb bedeutet sie einen wesentlichen Fortschritt gegen Altsalvarsan. Wir behandeln unsere Kranken deshalb nur mit Neosalvarsan.

Bei allen Formen der Syphilis soll man im Interesse der Kranken die örtliche Behandlung nicht vernachlässigen. Die zweckmäßigste Kombination für die primäre und sekundäre Syphilis ist die mit Quecksilber, für die tertiäre die mit Jod.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 34.)

Tumoren.

Die Zeller'sche Krebsbehandlung. Darüber referiert Prof. Dr. Carl Lewin (Berlin) wie folgt:

„Aus der Tagespresse haben wir zuerst von neuen aufsehen-erregenden Heilerfolgen eines württembergischen Arztes, des Dr.

Zeller in Weilheim a. d. Teck, bei Krebskranken erfahren. Im Korrespondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins hat dann Scheurlen einige nähere Angaben über die Zeller'sche Heilmethode gemacht, und nun ergreift Zeller selbst (Münch. med. Wochenschrift Nr. 34 und 35) das Wort, um über die Ergebnisse seiner Krebsbehandlung zu berichten. Als Einleitung zu seinen Ausführungen gibt zunächst Czerny in kurzen Worten den Eindruck wieder, welchen die Demonstrationen Zeller's auf ihn gemacht haben. Er nennt die Resultate, die er gesehen hat, im höchsten Grade beachtenswert und fordert namentlich die praktischen Aerzte zur Nachahmung auf. Die Mittel, welche Dr. Zeller anwendet, sind nicht neu, aber wie so manches früher gerühmte und altbewährte Heilmittel mehr oder weniger vergessen und außer Gebrauch gekommen. Man sieht, so meint Czerny, auch hier wieder, daß es bei unseren Heilerfolgen weniger auf das Wissen als auf die beharrliche und kunstvolle Anwendung der Heilmittel ankommt. Namentlich bei den chronischen Krankheiten bedarf es großer Geduld und Ausdauer, und so sind auch die Kranken Zeller's viele Monate lang in Behandlung gewesen.

Zeller selbst gibt zunächst eine Uebersicht über seine schon über 17 Jahre fortgesetzten Versuche, den Krebs mit Vermeidung eines operativen Eingriffes zu behandeln. Ihn veranlaßte dazu einerseits der Widerstand nicht weniger Krebskranken gegen die Operation, anderseits der trostlose Zustand solcher Kranken, welche die Operation versäumt haben und nicht mehr operabel sind. Als Grundlage seiner Behandlung benutzte er anfangs die Kieselsäure, welche schon Batty in Dosen von 0,06 g als Pulver mehrmals täglich innerlich bei Krebskranken anwandte.

Im Verlauf von zehn Jahren behandelte nun Zeller neun an Tumoren Erkrankte mit Acidum silicium. Im ersten Falle verschwand ein in der Nackengegend konstatierter rasch wachsender Tumor, der von fünf Aerzten als zu operierender maligner Tumor angesehen wurde, in sechs Wochen gänzlich. Der zweite Fall betraf einen Mammatumor, der nach innerlicher Darreichung eines Pulvers von Kal. und Natr. silic. dreimal täglich (entsprechend einer Dosis von 0,18 g acid. silic.) in 1½ Jahren vollkommen verschwand. Auch der dritte Fall betraf einen Mammatumor, der nach Verordnung von Liq. Kal. silic. und Natr. silic. ana dreimal täglich 15 Tropfen in einem Glas lauen Wassers nach einem Vierteljahre verschwand. Beide Kranke blieben dauernd gesund. Ob indessen die Diagnose Karzinom berechtigt war, läßt Zeller dahingestellt. Die nächsten beiden Fälle betreffen Epitheliome des Gesichts, die ebenfalls vollkommen ausheilten. Ebenso heilten nach der innerlichen Darreichung von

Silicium ein multipler skirrhöser Krebs der Mamma und ein Epitheliom des Nasenrückens, der jedoch gleichzeitig mit äußerlicher Pastenanwendung behandelt wurde. Endlich führt Zeller die Heilung einer hühnereigroßen elastischen Geschwulst der Mamma an und berichtet über ein inoperables Mammakarzinom, das während der dreijährigen Behandlung nicht mehr wuchs und deren ausfließendes Sekret dabei den stinkenden Geruch verlor.

Alle diese Erfahrungen, die freilich nicht alle als gesicherte Krebsheilungen aufzufassen waren, ließen Zeller zu der Ueberzeugung kommen, daß das Silicium irgend einen Einfluß auf bösartige Tumoren haben müsse. Nunmehr ging er während der nächsten zwei Jahre dazu über, ein organisches Siliciumpräparat herzustellen, um raschere Heilerfolge zu erzielen. Dieses Präparat, ein Siliciumester, wurde im ganzen bei 25 Kranken des Heidelberger Krebsinstituts angewandt. 15 davon bekamen nur Injektionen von Siliciumester, fünf erhielten nur Liq. Kal. und Natr. silic. innerlich, bei fünf weiteren Kranken wurden Injektionen und Siliciumsalze innerlich angewendet. Indessen hat sich bei keinem dieser Kranken ein eklatanter Erfolg gezeigt.

Daß aber die Darreichung von Liq. Kal. und Natr. silic. resp. von Natr. und Kal. silic. als Pulver innerlich von Einfluß auf die maligne Geschwulst war, bewiesen ihm in der Folgezeit noch drei Fälle, von denen einer das Verschwinden von Tumoren, ein zweiter einen deutlichen Wachstumsstillstand, ein dritter eine Verkleinerung des Tumors im Laufe der Behandlung erkennen ließ. Alle diese Erfahrungen bewiesen ihm, daß das Silicium bei kleinen Tumoren, die nicht nekrotisch waren, Verkleinerung oder Heilung bringen konnte, daß aber größere, im Zerfall begriffene Geschwülste nur in ihrem Wachstum gehemmt werden konnten, während die Nekrose und der Zerfall des Tumors fortschritt. Bei Krebsgeschwülsten, welche schon teilweise in Nekrose sind, konnte nun, so meint Zeller, das Silicium die noch lebenden Krebszellen abtöten, nicht aber die schon durch die Nekrose verursachte Ptomainbildung und ihre verderbliche Wirkung auf den Gesamtorganismus verhindern. Es mußte also ein Mittel gefunden werden, welches die Zerfallprodukte ohne Schädigung der gesunden Gewebe zerstören und dadurch die Bildung der Ptomaine verhindern konnte. Bei der Suche nach einem solchen Mittel wurde er auf eine schon von den alten Aerzten bei Karzinomen angewendete Arsenikquecksilberpaste aufmerksam gemacht. Die Paste hat nach den Angaben von Scheurlen folgende Zusammensetzung:

Acid. arsenic.	5,0
Zinnober	15,0

Carbon. vegetab. 1,0

Res. Dracon. 1,5

Fiat Pasta ad 100.

Seit November 1910 begann nunmehr eine kombinierte innerliche Behandlung mit Silicium und äußerliche Anwendung der Paste, und heute berichtet Zeller nun über 57 Fälle, von denen 44 vollständig geheilt, zehn noch in Behandlung und drei gestorben sind. Alle diese Fälle konnten bei der ungünstigen äußerlichen Lage (Zeller praktiziert in einem kleinen Landstädtchen) nur ambulatorisch behandelt werden. Dadurch blieb der Kreis der zur Behandlung geeigneten Fälle naturgemäß ein beschränkter. Meist wurden äußerliche Krebse behandelt, welche der kombinierten Methode mehr zugänglich sind. Die Schwere der Erkrankung und eventuelle Inoperabilität ist ganz ohne Einfluß. Im einzelnen gestaltet sich die Behandlung so:

Zuerst wird die Krebsgeschwulst und ihre Umgebung mit Benzin gereinigt. Dann wird die modifizierte Paste, welche Zeller Cinnabarsana nennt, auf Geschwulst und Umgebung dick aufgestrichen. Wenn die Paste trocken ist, werden kleine Geschwülste mit Kollodium, größere mit Heftpflasterverband bedeckt. Diese Prozedur wird je nach dem Erfolg alle 8—14 Tage wiederholt. Gleichzeitig werden innerlich drei mal täglich je $\frac{1}{2}$ Gramm der Siliciumsalze, welche er Nacasilicium¹⁾ nennt, in Pulvern gegeben. Auch nach der Heilung wird das Silicat noch mindestens ein Jahr lang gegeben. Das Pulver wird gut vertragen, der Appetit nimmt zu, der Stuhlgang wird sehr gut reguliert. Die Paste macht bei kleinen Tumoren wenig oder gar keine Schmerzen, dagegen bewirkt sie bei größeren Krebsen oft sehr heftige und tagelang anhaltende Schmerzen. Die Paste wirkt intensiv auf das Krebsgewebe, nur langsam auf normales Gewebe ein. Der Krebs wird anfangs größer, bis zu doppelter Größe und bildet dann

¹⁾ In der Münch. med. Wochenschrift Nr. 35 teilt Zeller folgendes mit:

Vorschrift für die Verordnung der Siliciumpräparate (Nacasilicium):

Kali silic.

Natr. silic. āā 20,0

Sacch. lactis 60,0

3mal täglich $\frac{1}{4}$ g.

Vorschrift der Paste (Cinnabarsana):

Acid. arsenic. 2,0

Hydrarg. oxydat. rubr. 6,0

Carb. anim. 2,0

Pulver zur Krebspaste.

eine schwammige schokoladenfarbene Geschwulst. Diese läßt sich besonders bei kleinen nekrotisierten Tumoren leicht mit der Pinzette oder mit Wattebäuschen herausnehmen. Normales Gewebe bekommt, wenn es nekrotisiert, eine gelbe, schmierige Farbe. Zurückgebliebene, von der Paste nicht angegriffene Krebsreste erkennt man sofort an der intensiv roten bis braunroten, himbeerähnlichen Färbung. Der Knoten fühlt sich auch härter an als normales Gewebe. So dient die Paste gleichzeitig als diagnostisches Hilfsmittel. Sarkome werden rosa gefärbt, Lymphdrüsen bleiben hell, dagegen werden mit Krebs infizierte Lymphdrüsen ebenfalls schokoladenfarbig. Nach dem Verschwinden der Geschwulst bleibt ein Geschwür mit gelb-schmierigem Grunde zurück. Durch Reinigen mit Benzin und durch tägliches Auflegen von Salizylzinksalbe tritt sehr schnelle Heilung unter schöner, glatter Narbenbildung ein. Auf diese Weise verzeichnet Zeller die schon erwähnte Zahl von Heilungen. In den meisten Fällen handelt es sich um Epitheliome der Haut, besonders des Gesichts. Doch befinden sich darunter auch drei Mammakarzinome und zwei Karzinome der Portio vaginalis uteri.

Ueber sämtliche geheilte Fälle gibt Zeller eingehende Krankengeschichten. Von den zehn noch in Behandlung stehenden Kranken hofft er sechs noch bestimmt heilen zu können. Gegenüber etwaigen Zweifeln an der Diagnose wirft er ein, daß in 20 Fällen die mikroskopische Untersuchung gemacht worden ist. In den übrigen Fällen ist er der Meinung, daß der klinische Befund ganz unzweifelhaft die Diagnose rechtfertigt. Ob die Heilungen von Dauer sein werden, vermag Zeller natürlich noch nicht zu sagen. Doch weist er darauf hin, daß sich unter den geheilten Fällen neun Rezidive befanden.

Diese Ausführungen Zeller's beweisen zunächst, daß seine Behandlungsmethode imstande ist, äußerlich zugängliche Karzinome in einer großen Zahl von Fällen zu heilen. Ob dabei das Silicat, welches er innerlich gibt, irgend eine Rolle spielt, will mir sehr zweifelhaft erscheinen, und auch Czerny und Scheurlen teilen diesen Zweifel, da Zeller vorläufig nicht hat nachweisen können, ob nicht auch dieselben Erfolge bei rein äußerlicher Behandlung mit der Arsenquecksilberpaste eingetreten wären. Daß wir im Arsen ein Heilmittel für manche äußerliche Karzinome haben, besonders in Form der Aetzpaste, ist eine längst bekannte Tatsache, und schon vor langer Zeit wurden solche Heilungen von Kankroiden, z. B. von Lassar, mitgeteilt. An der Zeller'schen Behandlung ist die große Zahl der Heilungen bemerkenswert. Indessen ist die große Mehrzahl dieser Fälle in die Kategorie der Hautkrebse zu rechnen, bei welchen auch andere Heilmethoden, z. B. Röntgen-Radiumstrahlen, eine hohe Heilungsziffer ergeben. Wenn also Zeller die Aufgabe

der Krebsheilung mit seinem Verfahren der Hauptsache nach für gelöst hält, so muß dem doch auf das energischste widersprochen werden. Nicht berechtigt zu dieser Anschauung, die sich lediglich auf Heilungen von äußerlich ulzerierten Tumoren von, wie längst bekannt, relativ gutartigem Charakter stützt. Es fehlt jede Erfahrung über die Einwirkung der Behandlung auf geschlossene und von allem auf die große Zahl der innerlichen Karzinome, das Hauptkontingent der Kranken, denen wir mit unseren bisherigen Mitteln nicht helfen können. So lange hier nicht Erfahrungen vorliegen, kann von einer Lösung des Problems auch nur im Entferntesten nicht gesprochen werden. Es ist durchaus hervorzuheben, daß die große Mehrzahl der Heilungen Zeller's nur Hautkrebse betrifft. Diese sind dem Messer des Chirurgen und manchen anderen nichtoperativen Heilmethoden auch bisher schon in erster Linie zugänglich, und sie sind daher nicht als Prüfstein für den Wert einer allgemein gültigen neuen Krebsheilmethode anzusehen. Ihre relative Gutartigkeit, das sehr häufig jahrelange Bestehen ohne irgend welche Einwirkungen auf den Gesamtorganismus, auch wenn sie aus irgend einem Grunde nicht operabel sind, unterscheidet sie ganz erheblich von den klinisch viel bösartigeren Tumoren namentlich der inneren Organe. Ueber Heilungen von Sarkomen kann Zeller überhaupt nicht berichten. Man wird daher in der Zeller'schen Methode der äußerlichen Verwendung einer Arsenquecksilberpaste bei den für eine solche äußerliche Behandlung zugänglichen Tumoren eine wertvolle Bereicherung unserer Therapie zu sehen haben. Ob das innerlich gegebene Silicat dabei irgend eine Rolle spielt, muß noch erwiesen werden. Die große Zahl der malignen Tumoren der inneren Organe und der Sarkome ist überhaupt nicht Gegenstand der neuen Krebsheilmethode. Hier aber einen Fortschritt herbeizuführen, muß das Ziel der Therapie sein, welche den Anspruch erhebt, die so sehr ersehnte Lösung des Problems der Krebsheilung zu bringen.“

(Therapie der Gegenwart, September 1912.)

Ein praktisches Verfahren zur operativen Entfernung von Atheromen. Von Sanitätsrat Dr. J. Herz (Schwelm). Verfasser schreibt: „Möglicherweise laufe ich bei der genaueren Schilderung der von mir seit langen Jahren geübten Methode zur Beseitigung von Atheromen Gefahr, vielen Kollegen nichts neues zu bringen. Trotz dieses Bedenkens habe ich mich zu einer Veröffentlichung entschlossen, einmal auf Grund der Tatsache, daß ich in den mir näherstehenden und auch in den verschiedensten weiteren Kreisen von Kollegen eine Vertrautheit mit dieser Methode vermißte, zum anderen, weil ich in der mir bekannten Literatur bzw. in den mir zur Hand befind-

lichen Lehrbüchern vergebens eine Angabe gesucht habe, welche das von mir geübte Verfahren streifte. So sagt **Bardleben** (Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 1882): Man operiert am besten so, daß man die Geschwulst in ihrer größten Länge spaltet und dann den Balg mit Pinzetten unter Beihilfe des Messers hervorzieht, wie dies schon **Cline** angegeben hat. **Albert** (Lehrbuch der speziellen Chirurgie, 1895, 5. Auflage) rät zu folgendem Verfahren: Man spaltet die Geschwulst in ihrem längsten Durchmesser, preßt den Inhalt aus, faßt den Balg mit einer Sperrpinzette und löst ihn mit dem Skalpellhefte auf. **Pels-Leusden** (Abriß der kleinen Chirurgie im **Börner'schen** Reichs-Medizinalkalender 1912) verlangt exakte Ausschälung des Balges, ohne ihn zu verletzen, erwähnt aber nichts von der Art der Ausschälung. — Soweit ich es zu übersehen vermag, ist heute noch die **Cline-Bardleben'sche** Methode die meistgeübte, aber weder dieses Verfahren, noch das **Albert'sche** führt zu einem wirklich befriedigenden Resultate. In der Mehrzahl der Fälle gelingt es nicht, den Balg vollkommen zu lösen; mehr oder weniger große Teile desselben bleiben zurück und müssen nachträglich mit dem scharfen Löffel entfernt werden. Dies ist auch dann der Fall, wenn keine Entzündung vorhergegangen bzw. Verwachsungen mit der Haut sich nicht gebildet hatten. Wenn ich schließlich noch die Methode eines ortsansässigen Kollegen, der in früheren Jahren das Bindegewebe nach dem Hautsnitte mit Sonde oder Stricknadel zu lockern pflegte, und das Verfahren von einem poliklinischen Assistenten **Geigel's** in Würzburg aus den Jahren 1873/74 erwähne, welcher summarisch das Atherom mit der bekleidenden Haut exstirpierte, so hätte ich die mir bekannten, anderweitig geübten Methoden zur Entfernung von Atheromen erschöpft. Ich kann mich nach dem Gesagten des Eindrucks nicht erwehren, daß speziell die vollkommene, leichte und übersichtliche Befreiung des Atheroms vom Bindegewebe die Schwierigkeit darstellt, an welcher die geschilderten Operationsverfahren gescheitert. Und doch ist diese Schwierigkeit mit Sicherheit zu überwinden, wenn folgendermaßen vorgegangen wird: Die Haut wird über der Geschwulst in ihrem längsten Durchmesser gespalten, und zwar so tief, daß man sicher ist, auch das Bindegewebe durchsetzt zu haben, und der glänzende Balg zum Vorschein kommt. Man achte dabei darauf, daß der Schnitt die nötige Länge hat, und beiderseits über den Balg mindestens etwa einen halben Zentimeter hinausgeht. Dann führt man das Messer abwechselnd längs der gebildeten beiden Hautwundränder, und zwar in langen, seichten Zügen, die Schneide des Messers senkrecht zur Geschwulst gerichtet, genau wie bei der Manschettenbildung bei Amputationen. Liegt das Atherom so dem Auge vollständig frei bis auf die Unterlage, so bedarf es nur eines leichten hebelnden Druckes beider

Daumen gegen die Mitte des Querdurchmessers der Geschwulst, um letztere herausspringen zu lassen. Ich bemerke noch, daß die Operation weniger Zeit erfordert, als das Niederschreiben der Methode, daß auch Verwachsungen durch die beschriebene Art des Vorgehens getrennt werden und daß es nichts verschlägt, wenn der Balg mal angeschnitten wurde. Auch in letzterem Falle folgte der Balg ohne Schwierigkeit dem leichten hebelnden Drucke beider Daumen. Da die behaarte Kopfhaut der Lieblingssitz der Atherome ist, so hat man bei Beendigung der Operation bzw. bei Ausübung des Daumendruckes in den meisten Fällen die erwünschte harte Unterlage; wo diese fehlt, ist es vielleicht angebracht, nach Freilegung des Atheroms die Auslösung der Geschwulst eventuell mit den Fingern vorzunehmen. (Allgem. med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 37.)

Urticaria.

Zur Therapie der Urticaria. Von Dr. W. Wolff (Berlin). Seiner von hartnäckiger Urticaria befallenen sechsjährigen Tochter gab Autor, nachdem andere Mittel versagt, Chinin (dreimal täglich eine Zimmer'sche Schokoladentablette à 0,1) mit dem Resultat, daß kein neuer Schub mehr auftrat, der Juckreiz rasch verschwand und die Blasen eintrockneten. In sechs weiteren Fällen gleich prompte Wirkung, so daß Autor das harmlose Mittel bei Urticaria infantilis nur empfehlen kann.

(Deutsche med. Wochenschrift 1911 Nr. 38.)

Sabatié empfiehlt gegen **Urticaria** lauwarme Duschen, besonders über die Spinalgegend. Manchen tun auch kurze, laue Bäder, die Stärke oder Gelatine (200 g pro Bad) enthalten, gut. Empfehlenswert sind ferner lokale Waschungen mit heißem Wasser unter Zusatz von Eisessig, Weinessig (1:3), Phenol (1%), Chloralhydrat (1%). Nach dem Waschen darf die Haut nicht trocken gerieben, sondern nur leicht abgetupft werden, darauf Puderung mit Stärke, Talk, Zinkoxyd mit Kampher oder Menthol zu 1 bis 2% vermischt. Gute Dienste tut auch Reiben mit Zitronenschalen. Sabatié braucht bei sehr hartnäckigen, stark juckenden Fällen einen Spray mit folgender Zusammensetzung:

Menthol 10,0

Alkohol. camphor.

Chloroform

Aether 30,0

(New-York med. Journal 15. Juni 1912. —

Medizin. Klinik 1912 Nr. 37.)

Vermischtes.

Novaspirin bei Gallenleiden. Von Dr. H a g e m a n n (Kopenhagen): „Seit einer Reihe von Jahren wird Salizylsäure gegen Gallenkrankheiten verwendet unter der Voraussetzung, daß sie den Gallenblaseninhalt desinfiziert; inwieweit dieses in der Tat der Fall ist, ist heute noch nicht mit Bestimmtheit anzugeben. Viele Patienten vertragen nun bekanntlich die reine Salizylsäure nicht; ich habe daher auf Anregung eines Kollegen, der auf diesem Gebiet auch diverse Erfahrungen besitzt, verschiedentlich das Novaspirin verwandt. Meinen Erfahrungen zufolge wird das Novaspirin in allen Fällen vorzüglich vertragen und hat niemals die lästigen Begleiterscheinungen der reinen Salizylsäure im Gefolge. Ich verfüge zurzeit über fünf Fälle von Gallensteinerkrankungen, darunter einen sehr schweren, die anderen leichteren Grades. Die letzteren waren gekennzeichnet durch Gallenstörungen mit verfärbten Stühlen, Schmerzen in der Gallengegend und bei Druck, Uebelsein ohne Erbrechen. Diese Fälle reagierten sehr prompt bei Einnahme von dreimal täglich 0,5 g Novaspirin, und in zwei bis drei Tagen war der Anfall vorüber; namentlich bekam der Stuhl recht schnell wieder normale Farbe. Der schwere Fall, den ich sehr genau beobachtet habe (es war in meiner nächsten Umgebung), war eine Gallenblasenentzündung mit straff gespannter Gallenblase, sehr hoher Temperatur, Erbrechen, vielem Schwitzen und weißem Stuhl, aber kein Ikterus oder Gallenfarbstoff im Urin. Nachdem Patientin zwei Tage lang Novaspirin bekommen hatte, fühlte sie sich leichter und mit weniger Schmerzen, wie auch die Temperatur wesentlich heruntergegangen war. Dasselbe Resultat wurde bei einem Rezidivfall erzielt. Dieselbe Patientin hat dann noch mehrmals (vier- bis fünfmal) einen beginnenden Anfall mit Druckgefühl und Unwohlsein durch Einnahme von zweimal 0,5 g Novaspirin direkt koupiert.“

(Therapie der Gegenwart April 1912.)

Ueber Chineonal, die chemische Verbindung von Chinin und Veronal. Von Prof. Dr. H. W i n t e r n i t z (Aus der Inneren Abteilung des St. Elisabeth - Krankenhauses in Halle a. S.). Das Chinin nimmt gegenüber den rein symptomatisch wirkenden antipyretischen Mitteln eine Sonderstellung ein, insofern es bei einigen Infektionsfiebern, ganz abgesehen von Malaria, bis zu einem gewissen Grade eine spezifische, oder wie man jetzt auch wohl sagt, ätiotrope Wirkung zu entfalten vermag, die ihm auch heute noch einen Platz neben und im Vorrang mit den modernen Fiebermitteln sichert. Verfasser selbst vertritt diese Auffassung nicht nur mit Bezug auf

Typhus und Influenza, sondern auch für den septischen Gelenkrheumatismus und andere septische Prozesse unklaren Ursprungs auf Grund vielfacher Anwendung des Chinins bei den genannten Infektionen. In den letzten zwei Jahren hat Verfasser nun, wenn Aufregung und Unruhe den fieberhaften Zustand begleiteten, das Chinin gern mit Veronal kombiniert und dabei den Eindruck gewonnen, die an sich leicht narkotische Wirkung des Chinins schon durch sehr kleine Veronaldosen eine ausreichende Verstärkung erfährt. Nun besitzt das Chinin stark basische Eigenschaften — wir bedienen uns in der Therapie bekanntlich der salzsauren oder schwefelsauren Salze —, während das Veronal, die Diäthylbarbitursäure, schwachen Säurecharakter aufweist. Es schien daher möglich, beide Komponenten in eine chemische Verbindung zu bringen. Die Darstellung stieß zunächst auf Schwierigkeiten, doch ist es der chemischen Fabrik von E. Merck (Darmstadt) gelungen, eine wohl charakterisierte Verbindung von stets gleichbleibender Zusammensetzung zu erhalten. Das Präparat wird von der genannten Firma unter der Bezeichnung „Chineonal“ unter anderen auch in Form leicht zerfallender Tabletten in Verkehr gebracht. v. Noorden hat vor kurzem mitgeteilt, daß 0,3 Veronal und 0,25 Phenacetin annähernd die gleiche schlaf-erzeugende Wirkung wie 0,6 Veronal haben. Während v. Noorden durch die Beigabe von Phenacetin die Veronalwirkung in über-raschender Weise verstärkt, stand für Verfasser beim Chineonal die spezifische Chininwirkung im Vordergrund. Dieses Ueberwiegen der Chininkomponente kommt auch in den Mengenverhältnissen der genannten Verbindung zum Ausdruck. Das Chineonal enthält die beiden Komponenten in molekularen Gewichtsmengen (63,78% Chinin und 36,22% Veronal, oder abgerundet im Verhältnis von zwei Teilen zu einem Teil). Es ist ein weißes, bei trockener Aufbewahrung sehr beständiges Pulver von bitterem Geschmack. Die pharmakologische Prüfung ergibt, daß es die Schleimhäute des Magens und Darmes nicht reizt und, fein gepulvert ins Auge gebracht, intensiv und anhaltend anästhesierend wirkt. Ein durch Heubazillenextrakt beim Hunde hervorgerufenen Fieber wird entsprechend herabgesetzt, ohne daß, im Gegensatz zu den Kontrollversuchen mit Chinin, Erbrechen auftritt. Im Magen wird das Chineonal wieder in seine Bestandteile zerlegt. Gegenüber einer einfachen Mischung hat die Verbindung, abgesehen von dem besseren Geschmack, vor allem den Vorzug einer stets gleichmäßigen Zusammensetzung. Auch liegt nach Analogie sonstiger Erfahrungen die Möglichkeit vor, daß bei ihrer Aufspaltung im Magen die physikalische Beschaffenheit der Komponenten eine für die Resorption und Wirkung günstigere ist, als bei einfacher Mischung der Bestandteile. Verfasser hat nun keineswegs in allen Fällen und immer das Chinin durch Chineonal

ersetzt, sondern vorwiegend dann, wenn Unruhe oder Schmerzen eine Steigerung der sedativen Wirkung des Chinins wünschenswert erscheinen ließen. Dementsprechend wurde häufig am Morgen Chinin, nachmittags oder abends Chineonal gegeben. Mehrfach hat Verfasser aber tagelang mehrmals täglich 0,6 beziehungsweise 0,75 Chineonal nehmen lassen, um delirierenden oder von Schmerzen heimgesuchten Fieberkranken Ruhe zu verschaffen. Nach zahlreichen Beobachtungen glaubt Verfasser sagen zu können, daß das Chineonal gut vertragen wird und seltener Erbrechen verursacht, als Chinin. Auch hat Verfasser gerade bei längerem Gebrauche des neuen Präparates in größeren Dosen die Erfahrung gemacht, daß die Chinin-nebenwirkungen, die sich so häufig bei Chininanwendung in unangenehmer Weise geltend machen, durch das Veronal aufgehoben oder doch gemildert werden. Außer bei den eingangs genannten Infektionsfiebern bewährt sich das Chineonal infolge der stärkeren Betonung der narkotisierenden Wirkung noch als allgemein nervenberuhigendes Mittel, sowie durch Schmerzstillung bei Neuralgien. Aber auch sonst ergeben sich für seine therapeutische Anwendung mehrfache Ausblicke, auf die Verfasser, ohne daß es ihm möglich war, selbst Versuche zu machen, nur kurz verweist. In erster Linie ist hier an die Behandlung der Pertussis zu denken, wo ja Chinin unter den verschiedenen Mitteln, die empfohlen wurden, das meiste Vertrauen verdient, während gleichzeitig Veronal nach aller Erfahrung symptomatisch günstig wirkt. Eine weitere Indikation dürfte die Seekrankheit bilden. Bekanntlich wird dagegen schon seit längerer Zeit Veronal verwendet, wofür namentlich Schepelmann auf Grund sorgfältiger Beobachtungen und sachlicher Ueberlegung eingetreten ist. Erst jüngsthin wurde dann von französischer Seite das Chinin zur Bekämpfung des „mal de mer“ warm empfohlen, so daß es naheliegt, an die Verwendung einer Verbindung beider Mittel zu denken. Verfasser glaubt daher, daß das Chineonal als ein rationelles und vielseitig verwendbares Präparat anzusehen ist.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 15.)

Trivalin. Von Ober-Medizinl-Rat Dr. Overbach (Charlottenburg). Das Trivalin ist eine durch chemische Bindung an die Valeriansäure erzielte Vereinigung dreier Nervina. Es ist frei von jeder Beimischung oder Einfügung eines weiteren Körpers. Erhältlich ist es auf ärztliches Rezept in den Apotheken aller Länder, und zwar in kleinen Originalgläsern zu 10 und 20 ccm Inhalt in Form der gebrauchsfertigen wässerigen Lösung. In 200 ccm Lösung sind enthalten:

1 Molekulargewicht Morph. val. = Morph. 2,85 + Valeriansäure 1,02 = 3,870 Morph. valerian.

$\frac{1}{4}$ Molekulargewicht Coffein. valer. = 0,74 g Coffein. valer.

$\frac{1}{4}$ Molekulargewicht Cocain. valer. = 1,012 g Cocain. valer.

Also in je 1 ccm = 1 Normalpravazspritze Trivalin (gleich seiner mittleren Gebrauchsdosis) sind enthalten:

0,01935 g Morph. valer.

0,0037 „ Coffein. valer.

0,00506 „ Cocain. valer.

Der therapeutische Effekt und Wert des Trivalins bietet drei bisher nicht erreichte Momente, und zwar die folgenden: 1. Das Trivalin vereinigt die Schmerzstillung des Morphins mit dem tonisierenden Effekt der in ihm dreimal chemisch rein gebundenen Isovaleriansäure. 2. Es ermöglicht die Einverleibung der Valeriansäure durch subkutane Einspritzung, also die Vermeidung der bisher allgemein üblichen Passage des Verdauungstraktus mit seinen Zersetzungsvorgängen. 3. Schaltet das Trivalin als Ersatz der Morphinsalze deren schwerste und gefürchtetste Nebenwirkungen völlig aus. Man kann es mit Recht als entgiftetes Morphin bezeichnen, insofern es die Giftwirkungen paralyisiert durch chemische Gegenwirkung der in ihm an die Valeriansäure gebundenen Körper, auf Grundlage genauer Erprobung derjenigen Dosis, deren es zur Erreichung des angestrebten Zieles bedarf. Als Ersatz des Morphins besitzt es im übrigen dessen Hauptwirkung, nämlich das Schmerzstillungsvermögen, und zwar nicht nur in der ungeminderten Intensität des Morphins und seiner wasserlöslichen Salze, sondern in einem nicht unbedeutend gesteigerten Grade durch den Hinzutritt der Baldrianwirkung. Sein durch lange und genaue Erprobungen abgeschätzter Gehalt an valeriansaurem Koffein und Kokain schafft einen Belebungseffekt, gerade groß genug, um Herz und Atemzentrum zu schützen durch Ausgleich des lähmenden Effektes des Morphins. Als Schmerzstiller für jede Art von Schmerz des Organismus, wird das Trivalin bald eine erhöhte Bedeutung erlangen für alle schmerzhaften Eingriffe und Affektionen des höheren Lebensalters, wo wir Bedenken tragen gegen die Anwendung des Morphins wegen der Möglichkeit des Einsetzens einer akuten Schwäche. Betont sei noch, daß die beruhigende Wirkung der Isovaleriansäure bei Erregungszuständen der Nerven durch die subkutane Einführung eine ganz überraschend gesteigerte ist, während sie bekanntlich eine nur recht schwache ist, wenn ihre Einführung per os erfolgt. Erforderlich war aber, um die vom Trivalin gewährte Kräftigung der Nerven bei Erregungszuständen zu erreichen, die Anwesenheit von drei Valerianaten, denn sonst bleibt die subkutan eingeführte Dosis der Valeriansäure eine zu geringe. Ich schließe mit dem Hinweis, daß das Trivalin, als Schmerzstiller das Morphin und seine Salze voll ersetzend, das Sensorium frei läßt, daß also der wegen Schmerz injizierte Kranke

alsbald nach der Applikation den Heimweg antreten kann, und nicht im Warte- oder Sprechzimmer des Arztes erst in tiefen Schlaf verfällt. Verwendet und geprüft wurde das Trivalin während zweier Jahre. Die Nachprüfung erfolgte seitens autoritativer Kollegen, sowohl in freier Praxis, wie in Kliniken und großen Krankenhäusern. Die Urteile stimmen mit dem des Verfassers überein.¹⁾

(Zentralblatt für innere Medizin 1912 Nr. 18.)

Zur Behandlung des krankhaften Errötens schreibt Dr. O. Berkhan (Braunschweig): „Vor mehreren Jahren trat ein junger Mann in meine Stube mit der Bitte, ihn zu hypnotisieren, um ihn von seinem Uebel, ständiges Rotwerden, das ihn unglücklich mache, zu befreien. Dabei legte er ein Buch auf meinen Tisch, welches folgenden merkwürdigen Titel hatte: „Anleitung zum imponierenden Auftreten im gesellschaftlichen, geschäftlichen und öffentlichen Leben. Teilweise nach Don Juan de Lastanosa von Dr. med. W. Gebhardt. Leipzig. Modern-medizin. Verlag.“ In dieser Schrift, fünfter Brief, wird das krankhafte Erröten behandelt und das hypnotische Verfahren empfohlen. „Meist,“ heißt es da, „erzielt dasselbe gute Resultate. Wo das aber nicht der Fall, weiß ich kein besseres Radikalmittel als — für Herren, sich einen Vollbart wachsen zu lassen, und für Damen, sich zu schminken. Es mag dies sehr komisch erscheinen, aber es ist probat.“ — Die Klagen des jungen Mannes waren folgende: Seit etwa seinem 14. Lebensjahre empfand er, daß er oft, und zwar völlig grundlos errötete. Eigentümlich war es, daß, je mehr er danach strebte, das Uebel zu unterdrücken, es desto häufiger auftrat, so daß er schließlich in ständiger Angst war, wieder zu erröten, und eben bei dieser Angst das Rotwerden wieder hervorgerufen wurde. Er wurde schließlich dadurch so abgespannt und nervös, daß er die Lust zum Leben verlor (eigene Worte). Er errötete bei den verschiedensten Gelegenheiten, sei es, daß er auf der Straße einem Bekannten oder einem Vorgesetzten begegnete, oder von jemand angeredet wurde, beim gemeinschaftlichen Essen, selbst wenn ein Kind in sein Zimmer trat. Am häufigsten kam es jedoch vor, wenn er mit einer Person sprach, selbst wenn er mit seiner Mutter oder einem nächsten Angehörigen redete, war er nicht sicher. 20 Jahre alt war er als Verkäufer in einem größeren Geschäft tätig und errötete stets, wenn er beim Verkauf von einer Person fixiert wurde, so daß er beim dabei nötigen Kopfrechnen oft verwirrt wurde und seine sonstige Sicherheit verlor. Befand er sich

¹⁾ Die Fabrikation des Trivalins wird von Saccharinfabrik Akt.-Ges. vorm. Fahlberg, List & Co., Salbke-Westerhüsen, vorgenommen, der alleinige Vertrieb des Präparates liegt in den Händen der Firma Theodor Tuchgräber, Berlin S. 59.

in einem dunkleren Zimmer oder in einer Ecke, wo sein Gesicht durch einen Schatten verdeckt war, so fühlte er sich beim Verkauf sicher und errötete selbst bei längerer Unterredung mit dem Käufer nicht. Der junge Mann war frei von Neurasthenie und Hysterie, seine Geschlechtsorgane und sein Herz waren gesund. Ich leitete die Behandlung ein mit der Verordnung von Tinctura Simulo dreimal zehn Tropfen täglich, hypnotisierte ihn dann sechsmal mit mehrtägigen Zwischenräumen. Danach trat die Errötung in weniger starkem Grade und nur kurze Zeit anhaltend auf, er behielt sein Fach bei und war, als ich ihn nach Jahr und Tag aufsuchte, mit seinem Zustande zufrieden. — In einem zweiten Falle von hochgradigem Erröten, ebenfalls bei einem jungen Kaufmann vorkommend, ergab die Untersuchung eine vergrößerte Thyreoidea (Halsumfang 38 cm), Herz und Geschlechtsteile gesund, andere Leiden von seiten des Nervensystems nicht vorliegend. Ich leitete die Behandlung ein mit dem Gebrauch von „Tabloid“ Thyreoid (Burroughs Wellcome & Co.) von 1 dgg täglich, wochenweise bis 3 dgg steigend, bis die Schwellung der Thyreoidea abgenommen hatte (33 cm Halsumfang), und hypnotisierte ihn dann in mehrtägigen Zwischenräumen siebenmal. Vor jeder Anwendung der Hypnose mußte er eine Haschischzigarette (Grimmault & Co., Paris) rauchen. Auch er verlor sein Leiden, wenn auch langsam, jedoch soweit, daß er in seinem Fach wie im sonstigen Verkehr nur noch selten und dann im geringen Maße von Errötungsangst befallen wurde. Noch möchte ich erwähnen, daß ich einem jungen Mann, der an starkem Erröten mit Angstgefühl litt und sich entsetzlich vor dem Besuch einer vornehmen Gesellschaft, zu der er eingeladen war, fürchtete, zuvor Blutegel an jeden Processus mastoideus setzte, wonach er nicht nur während der Gesellschaft von seinem Uebel frei blieb, sondern auch noch drei weitere Tage, dann aber von seinem Leiden wieder ergriffen wurde. — Das Leiden hängt wohl mit der Pubertät zusammen und schwindet allmählich mit zunehmendem Alter, kommt aber in selteneren Fällen auch noch in späteren Jahren vor. So fiel mir, als ich das Gymnasium besuchte, auf, daß einer meiner Lehrer, einige 40 Jahre alt, während des Unterrichts manchmal hochgradig errötete, und in der Praxis war ich Arzt bei einem höheren Forstbeamten, der, in der Mitte der 60er Jahre stehend, während der Unterhaltung mit mir oft von einer tiefen Röte des Gesichts übergossen wurde, wobei eine, wenn auch nur geringe Verlegenheit bei ihm zu bemerken war. Eulenburg widmet dem Erröten als pathologischer Erscheinung in seiner Realenzyklopädie einen besonderen Abschnitt und nennt dasselbe Rubor essentialis seu angio-neuroticus.“ (Neurologisches Zentralblatt 1911 Nr. 24.)

Bücherschau.

Moderne Massage. Von Dr. C. Bruhin. Herm. Hombrecht Verlag. Olten, Schweiz. Preis M. 6.—.

Die kurzen und präzisen Erklärungen und Anweisungen, die 200 sehr guten Illustrationen machen das vorliegende Buch für die Praxis durchaus brauchbar. Es wird auch eine spezielle Massagetechnik bei den einzelnen Körperteilen eingehend in Wort und Bild geschildert, die schwedische Heilgymnastik beschrieben, ebenso die Selbstmassage. Das kleine, aber recht inhaltreiche und reiche Belehrung bringende Buch wird sicher vielen willkommen sein.

Herrn Bredenfels Erde. Roman von Theo Malade. Verlag von Egon Fleischel & Cie., Berlin.

Kollege Malade hat uns schon einige recht gute Bücher geschenkt, die Aerzte und ärztliche Tätigkeit zum Mittelpunkt hatten. Zweifellos sein reifstes Werk ist aber der vorliegende Roman, den ich mit großem Genuß gelesen habe. Hier zeigt sich der Verfasser als echter Poet und Künstler, der fesselnd zu erzählen versteht, aus dem vollen Leben schöpft, und Menschen von Fleisch und Blut schildert, nicht „Romanfiguren“ auftreten läßt, die dem Kenner des Lebens nur ein Lächeln ablocken. Auch in diesem Werk spielen Aerzte eine große Rolle; drei Aerzte sind es, die drei Perioden ärztlicher Entwicklung repräsentieren, und die wir in ihrer hausärztlichen Tätigkeit kennen lernen. Aus diesen Schilderungen wird dem Leser die Wertigkeit des „Allgemeinpraktikers“ aufgehen, des „Land- und Wiesenarztes“, der heut leider — selbst von gewissen Kollegen — etwas über die Achsel angesehen wird. Wir können Malade nur in hohem Grade dankbar sein, daß er dem Publikum diese Aerzte, ihre Tätigkeit, ihr Milieu vorführt. Alle Kollegen sollten dies schöne und wertvolle Buch lesen und es dann ihrer Klientel weiter empfehlen!

Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau - Berlin.

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 4.

Januar 1913

Originalarbeit.

Aus der medizinisch-literarischen Zentralstelle in Berlin-Friedenau.

Leiter: Oberstabsarzt a. D. Berger.

Das Röntgenverfahren im Dienste der Erkennung und Behandlung der Magenerkrankungen.

Sammelreferat von Dr. Max Henius, Spezialarzt für Magen,
Darm- und Zuckerkrankhe. Berlin.

Die Literatur über die Anwendung der Röntgenstrahlen auf dem Gebiete der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten ist in den letzten Jahren so gewachsen, daß es auch dem Röntgenologen schwer fällt, diesen ungeheuren Stoff zu bewältigen. Der Fernstehende aber wird noch weniger in der Lage sein, sich ein anschauliches Bild über die Erfolge und Mißerfolge der Radiologie zu machen. Es soll daher hier versucht werden, eine kurze und übersichtliche Zusammenfassung der Leistungen der Röntgenologie auf dem Gebiete der Magenerkrankungen zu geben.

I. Technisches.

Durch die von Rieder eingeführte Wismuthmahlzeit sind die früher angewandten Hilfsmittel für die Magendurchleuchtung (Metallsonde, Aufblähung, Wismuthkapseln, Wismuthaufschwemmungen etc.) mehr und mehr abgekommen, zumal seitdem das gelegentlich giftig wirkende Bismuthum subnitricum durch das unschädliche Bi. carbonicum ersetzt worden ist. Von anderen Kontrastmitteln wird Zirkonoxyd (Kästle), Bariumsulfat (Bachem, Günther, Krause), Cerium- und Thoriumdioxyd gelegentlich empfohlen.

Die ursprünglichen Formen der Röntgenuntersuchung waren die Röntgenoskopie und Röntgenographie. Zu diesen sind dann noch die Röntgenkinematographie (Levy-Dorn, Köhler, Eijkmann, Dessauer, Rieder, Rosenthal, Groedel, Grunmach u. a.) und die Bioröntgenographie getreten. Ueber den Wert der Kinematogramme ergab die Diskussion auf dem letzten Kongreß der Deutschen Röntgengesellschaft noch keine einheitliche Beurteilung. Eine fernere Erweiterung ist das Röntgen-Stereoverfahren, das zur Erleichterung der Lokalisation dient (Levy-Dorn, Hildebrand, Albers-Schönberg, Walter, Drüner, Wenkebach). Die von Schürmayer empfohlene „Röntgenopalpation“ hält Krause für einen überflüssigen Begriff. Bauer umwickelt die zu durchleuchtende Körpergegend mit Tricot oder Binden, die mit Bariumplatinzyanat getränkt sind und erhält so ein Bild auf dem untersuchten Körper selbst. Die Polygramme Levy-Dorn's (mehrere sich mehr oder weniger deckende Momentaufnahmen auf derselben Platte) sollen den Nachweis von Adhäsionen, Tumoren etc. erleichtern. Meinungsverschiedenheiten bestehen, ob die einfache Durchleuchtung oder die Plattenaufnahme zweckmäßiger sei. Holzknecht beobachtet Bewegungsvorgänge nur auf dem Schirme, was auch Albers-Schönberg für richtig hält, doch gibt dieser dem Plattenverfahren, wenn es sich um den Nachweis von Tumoren handelt, den Vorzug. Goldammer, Kümmell und de Quervain reden dem Plattenverfahren in erster Linie das Wort. Faulhaber bezeichnet die Durchleuchtung als dauernd unentbehrlich, da sie in vieler Beziehung mehr sage, als alle graphischen Methoden.

II. Der Streit um Stiller.

Von Wichtigkeit ist der von Stiller angeregte Meinungsaustausch über die Frage, ob das Wismuthbild des Magens wirklich seiner natürlichen Gestalt entspräche, da nach Ansicht dieses Autors durch den Wismuthbrei abnorme Kontraktionen hervorgerufen werden und das Bild der „alten ehrlichen einheitlichen Magenhöhle“ zum Schwinden gebracht werde. Auch andere Autoren machen Fehlerquellen der Wismuthmahlzeit geltend: Sie ergäbe ein ungenaues Bild (Hoffmann, Talma), da sie nur einen Teil des Magens fülle. Das Röntgenbild des Magens sei überhaupt nur ein Zustand- und Funktionsbild als Reaktion auf eine bestimmte Versuchsanordnung (de Quervain), auch die Azidität und Motilität werde durch Wismuth verändert (Holzknecht). Auch sei es deshalb besser, die Luftaufblähung an Stelle der Wismuthmahlzeit treten zu lassen (Hoffmann, Röpke). Gegen letztere wendet aber Günther ein, daß sie nicht die durch Muskelwirkung bedingte physiologische

Magenform, sondern die des ausgespannten Bindegewebsnetzes veranschauliche. Steinthal hält die Aufblähung für gefährlich. Gegen die Anschauung Stiller's wenden sich Grödel, Kästle und Brügel, die den „Röntgenmagen“ nicht als ein Wismuthprodukt ansehen wollen. Auch Köhler, der früher auf Stiller's Seite stand, ist jetzt anderer Ansicht geworden. Hesse gibt eine geringe Beeinflussung des Magenbildes durch das Metall zu, dies könne aber als immer gleichbleibender Faktor in Rechnung gezogen werden, außerdem konnte er zeigen, daß er bei Ersatz des Wismuthbreies durch geraspelten Knochen die gleichen Magenbilder erhielt. Nach Bloch ändert der Magen bei erheblicher Belastung nur seine Ausdehnung in die Breite, nicht in die Länge. Den Mittelweg beschreitet K a m p m a n n mit der Erklärung, daß der Chirurg, der Anatom und der Röntgenologe den Magen von verschiedenem Standpunkte aus sehen, man müsse einen anatomischen Magen unterscheiden und einen physiologischen, welcher letzterer die verschiedenen Grade seiner Kontraktionsform durch Qualität und Quantität seines Inhaltes erhalte. Auch Schütz möchte sich im klinischen Sinne nicht mit einer bestimmten Normalform des Magens begnügen, sondern lieber von einem normalen „Röntgenbild“ oder „Aufblähungsbild“ sprechen.

III. Der normale Magen.

A. Anatomie.

Trotz all dieser Differenzen in der Beurteilung des Magenbildes treten doch bestimmte Magenformen auf, die die einzelnen Autoren als normale beobachtet haben. Es wird eine, von Rieder zuerst beschriebene, Angelhakenform angenommen und als zweite Grundform die Stierhornform Holz knecht's. Daneben kommen noch verschiedene andere Formen vor, deren Namen sich aber in der Literatur nicht eingebürgert haben. Nach Faulhaber ist der alte Streit der Meinungen, welche dieser beiden Grundformen als die normale anzusehen sei, dahin zu schlichten, daß beide als normale anzusehen sind, daß aber Rieder's Form die gewöhnliche, die Holz knecht's die weit seltenere ist, auch betont derselbe Autor ausdrücklich, daß Form und Lage des normalen Magens, im speziellen auch beim gleichen Individuum, durchaus nicht immer die gleiche sei, sondern mannigfachen verändernden Einflüssen unterliege, auch Gocht, Krause und Schlesinger stehen auf demselben Standpunkt, letzterer will die verschiedene Form des Magens auf den Tonus der Magenwandung zurückführen, eine Anschauung, der Holz knecht und in gewissem Sinne auch Köhler beistimmen. während Faulhaber und Bönninger sich dagegen aussprechen. Eine von all diesen Anschauungen abweichende Meinung

vertritt Forsell, der das Röntgenbild des Magens nicht durch verschiedene Kontraktionszustände, sondern durch die typische und konstante Muskelarchitektur der verschiedenen Magenabschnitte bedingt wissen will.

Der Annahme, daß sich im menschlichen Magen neben dem Raume für feste Speisen noch eine Rinne für Flüssigkeiten befinde, treten Schüller und Kästner entgegen.

Eine allgemein wichtige Regel für die Röntgenuntersuchung des Magens geben Groedel und Scherck, wenn sie darauf hinweisen, daß das mit festem Inhalte gefüllte Querkolon den Magen hebt und verschmälert und daß daher der Magen nur nach gründlicher Darmentleerung untersucht werden solle.

B. Physiologie.

Durch die röntgenkinematographischen Untersuchungen von Rieder, Rosenthal und Kästle sind wir jetzt über die Magenperistaltik ziemlich genau orientiert. Eine Zweiteilung des Magens während der Verdauung wird von Rieder im Gegensatz zu Holzknecht und Kaufmann bestritten. Die von Kienböck angenommene regelmäßige rhythmische Antrumperistaltik wird von Kästle, Groedel und Rosenthal geleugnet. Nach Groedel III kann man drei funktionell vollkommen verschiedene Magenteile unterscheiden: 1. Fundusteil. Bewegungslos. 2. Corpus. Mit tiefen rhythmischen Bewegungen für den Chymustransport und kleineren arhythmischen für digestive Zwecke. 3. Antrum pylori, Ausstoß- und Mischbewegung. Cole gibt an, daß neben der pyloruswärts verlaufenden Peristaltik noch eine Systole und Diastole des gesamten Magens vorhanden sei („Gastric Cycle“). Nach Stiker folgen beim Gesunden die peristaltischen Wellen durchschnittlich in einem Abstände von 20,4 Sekunden, doch scheine auf ihre Zahl und Form die Art der Magenfüllung von großem Einflusse zu sein. Auf Grund der bereits erwähnten kinematographischen Untersuchungen gibt Faulhaber folgendes Bild der Peristaltik: „Etwa in der Mitte des Magencorpus beginnen an der großen und kleinen Krümmung zunächst flache pyloruswärts fortschreitende und sich ständig vertiefende Wellen, welche in der pars pylorica so tief werden, daß sie eine vollständige Druckschnürung und Abtrennung eines Wismuthballens vom übrigen Mageninhalt zu bewirken scheinen, wie man dies auch früher angenommen hat. Die erwähnten kinematographischen Untersuchungen haben aber dargetan, daß dies nicht der Fall ist und daß die Kommunikation zwischen „Antrum“ und übrigen Magen nicht aufgehoben ist. Ein sphincter antri existiert überhaupt nicht, sondern wir haben es nur mit einer besonders intensiven pyloruswärts fortschreitenden Welle zu tun, welche die präpylorischen Ingesten zurücktreibt. Während sich so der scheinbar abgeschnürte Wismuth-

ballen sukzessive verkleinert, bildet sich unmittelbar dahinter ein neues „Antrum“ aus.“

Die Schnelligkeit der Magenentleerung, die Austreibungszeit, schwankt zwischen zwei bis sechs Stunden (Rieder, Jolasse, Kästle, Hausknecht, Haudock), sie ist nach Haudock und Stiegler bei EBlust kürzer als ohne sie und soll auch durch rechte Seitenlage beschleunigt, durch linke gehemmt werden (Markovic und Perusia). Was die Verweildauer verschiedener Nahrungsmittel im Magen betrifft, so verlassen ihn Kohlehydratmischungen in $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$, Eiweißmischungen in 5—6, Fette erst in 7 — $8\frac{1}{2}$ Stunden (Wulach). Die Verweildauer bestimmter Flüssigkeiten (Tee, Kakao, Fleischbrühe, Mineralwässer etc.) haben Kästle und Brügel geprüft. Die Beeinflussung der Austreibungszeit durch den Vagus konnte Exner durch sein neues Operationsverfahren bei tabetischen Crises gastriques feststellen: Nach doppelseitiger subdiaphragmatischer Durchschneidung des Vagus am Oesophagus wurde die Austreibungszeit auf zehn Stunden verlängert, und es traten besonders tiefe peristaltische Wellen auf. Eine rasche Entleerung findet nach den Beobachtungen Eisler's statt bei normaler Azidität, Icterus catarrhalis, Duodenaladhäsionen, Pankreasaffektionen, Hyperchlorhydrie und Ulcus duodeni. Die röntgenologische Prüfung der Magensekretion ist von Schlesinger und Schwarz und Fujinami versucht worden.

IV. Pathologische Zustände.

Ueber die Ptosis des Magens sind mannigfache Untersuchungen angestellt worden. Ranlot - Lepointe und Thomas fanden bei Frauen noch zwölf Tage nach der Entbindung einen beträchtlichen Tiefstand des Magens. Als Charakteristikum einer reinen Gastropse gibt Faulhaber folgende Punkte an: 1. Tiefstand des Magensackes; 2. Pyloroptose; 3. Verlängerung des Magens und Fehlen einer Querdehnung. Scherck hat interessante vergleichende Versuche über die Röntgensymptome der Gastropse und Gastrektasie angestellt und folgende Kriterien angegeben: Beim normalen Magen erscheint der erste Bissen als dicker Tropfen am unteren Magenpole, bei Hypersekretion sammelt sich der Bissen als breites Band am unteren Ende des Magens mit intermediärer (schattenfreier) Schicht zwischen Schatten und Magenblase, bei Achylie dringt der erste Bissen nur langsam zum kaudalen Pole vor, bei der mechanischen Ektasie sind Magenblase und Magenschatten sehr schmal, bei der Insuffizienz III ist der Magen dauernd erweitert und selbst nach einer größeren Mahlzeit zum größten Teile ungefüllt. Desternes untersuchte radiologisch den Magen eines Artisten, der nicht nur Flüssigkeits-

mengen bis zu sechs Litern einnehmen konnte, sondern auch jede Nahrung, besonders unverdauliche Reste, wie Kirschkerne etc., ohne Anwendung der Bauchpresse oder von besonderen Atemmanövern wieder herausbefördern konnte. Es fand sich ein hyper- bis orthotonischer Magen von nur 13 cm Höhe mit ausgesprochener Querverbreiterung aller Magenteile (im Gegensatz zur Atonie). Die willkürliche Entleerung in den Oesophagus erfolgte durch eine am zentralen Magenteile beginnende tiefe antiperistaltische Kontraktion.

Aus dem Gebiete der Erkrankungen des Magens teilte Hemmeter im Jahre 1906 zu der röntgenologischen Diagnose des *Ulcus ventriculi* mit, daß von einer getrunkenen Wismuthsuspension ein Teil als sichtbarer Fleck an der Geschwürsfläche haften bleibe, auch Reiche hat so vereinzelte Fälle von *Ulcus ventriculi* diagnostizieren können. Albers - Schönberg bestätigt zwar, daß das Wismuth tagelang im Magen haften könne, leider aber nur in seltenen Fällen an der Geschwürsfläche. Rieder, Leven und Barret, Haudeck, Küpferle und Faulhaber lehnen den Nachweis eines frischen *Ulcus ventriculi* auf röntgenologischem Wege überhaupt ab, letzterer hält diese Diagnose nach den experimentellen Untersuchungen für eine Utopie. Stierlin legt zur Diagnose eines *Ulcus incipiens* Wert auf eine tiefe Einziehung, die man bei mehreren Aufnahmen im Skiagramm stets an derselben Stelle sähe, de Quervain will aber diese Erscheinung als Symptom einer organischen Veränderung nur gelten lassen, wenn sie tief und andauernd ist. Rieder legt Wert auf die durch das *Ulcus* erzeugte Hypermotilität, während Haudeck erklärt, daß jedes Magenulcus durch den hierbei gewöhnlichen Pylorospasmus, fast stets zu groben Rückständen nach sechs Stunden führe. Faulhaber widerspricht dieser Anschauung mit der Behauptung, daß nur die *Ulcer* des Pylorus selbst oder in dessen Nähe dieses Phänomen zeigen und gibt im übrigen zu, daß das *Ulcus ventriculi simplex* heutzutage überhaupt noch nicht Objekt einer Röntgendiagnose sein könne.

Die röntgenologische Diagnose des kallösen *Ulcus ventriculi* hat Haudeck vervollkommenet, indem er nachwies, daß sich an dessen Krater eine Nische in der Magenwand finde, deren Wismuthfüllung bei tangentialer Einstellung als divertikelartiger Fortsatz des Magenschattens auffällt. Vor Haudeck's Entdeckung hatte schon Reiche von einer pilzförmigen Ausbuchtung der kleinen Kurvatur gesprochen und auch Faulhaber hat kurz nachher und unabhängig von Haudeck dasselbe Symptom beschrieben.

Auch beim penetrierenden *Ulcus ventriculi* findet sich das Nischensymptom Haudeck's, in der Nische bleibt, nachdem das Wismuth die oberen Magenteile verlassen hat, eine kleine

halbkreisförmige Wismuthmenge zurück, die nach oben hin durch eine Gasblase zum Vollkreise geschlossen wird. Diesen Symptomenkomplex bestätigen Holzknacht, Lichtheim, Faulhaber, Max Cohn u. a. Als differentialdiagnostische Gesichtspunkte zwischen penetrierendem und nicht penetrierendem kallösem Ulcus führt Faulhaber an: „Größere Wismuthdepots, weit außerhalb des Magens liegend, zumal ohne sichtbare Verbindung mit demselben, sprechen ohne weiteres für Penetration, besonders wenn Gasblase und Dreischichtung sichtbar ist, und die Wismuthfüllung auch nach Entleerung des Magens noch zurückbleibt. Kleine direkt mit dem Magen zusammenhängende Wismuthdepots ohne Luftblase, welche sich prompt mit dem Magen entleeren, sprechen nicht für penetrierende Geschwüre.“ Küm m e l l warnt vor der Anwendung des Röntgenverfahrens beim Ulcus perforatum, da es zeitraubend und gefährlich sei. Ueber zwei röntgenologisch diagnostizierte nach Pankreas und Milz durchgebrochene Geschwüre bei derselben Patientin und Bestätigung dieses Befundes durch die Operation, berichten G r o e d e l und L e v i.

Ein wichtiger Folgezustand des Ulcus und des Karzinoms ist der S a n d u h r m a g e n. Die Diagnose desselben ist häufig Gegenstand der röntgenologischen Untersuchungen gewesen (Holzknacht, Brauner, Jonas u. a.). Rieder glaubt auf Grund seiner Erfahrungen zu der Annahme berechtigt zu sein, daß der Sanduhrmagen als Folge des Ulcus ventriculi viel häufiger vorkomme, als man gemeinhin annehme. Nach K r e t s c h m e r entsteht beim malignen Sanduhrmagen die Zweiteilung durch horizontal und vertikal ausgedehnten Defekt des Schattenbildes, während sich beim benignen eine horizontale Einschnürung finde, bei letzterem entleere sich der obere Sack in den unteren, bei ersterem füllen sich beide Teile gleichzeitig, manches Mal sogar zuerst der den tiefsten Punkt enthaltende untere Sack. Der Sanduhrmagen wird nach Holzknacht oft übersehen, wenn der Verbindungsweg sehr eng ist und die Passage der Wismuthmahlzeit durch ihn nicht abgewartet wird; frühestens sechs Stunden nach Einnahme der Mahlzeit kann dieser Vorgang erst beobachtet werden. Allerdings kommen gerade auf diesem Gebiete der Röntgendiagnose zahlreiche Täuschungen vor: Perigastrische Raffung, die Sanduhrmagen vortäuschte und ein zweites Mal ein Karzinom der kleinen Kurvatur (Strauß) — gasgeblähtes Querkolon, die Magenmitte komprimierend (Barret und Leven) — am häufigsten aber sind es spastische Kontraktionen, die einen Sanduhrmagen vortäuschen können (Faulhaber, Jolasse, Schmieden, Härtel, Jonas u. a.). Ein weiteres Moment, das zu Täuschungen geführt hat, gibt Stierlin an. Er macht auf die Wichtigkeit der Fälle aufmerksam, wo im

Bereiche des Corpus ventriculi eine tiefe Einziehung der großen Kurvatur gefunden wird, was bisher stets als Sanduhrmagen diagnostiziert wurde, wo er aber in fünf operierten Fällen ein florides Ulcus mit lokalem Spasmus vorfand. Er zeigt weiterhin, daß auch postoperative Narben ähnliche Einziehungen erzeugen können, ebenso rein nervöse Einflüsse. Für die spastischen Sanduhrmägen wird von Groedel und Levi der Name „intermittierender Sanduhrmagen“ vorgeschlagen. Daß eine Zweiteilung des Magens auch willkürlich hervorgerufen werden könne, zeigte Salomon. Nach Baron gehört der spastische Sanduhrmagen in manchen Fällen zu dem Röntgensyndrom bei Duodenalaffektionen. Spannaus bemängelt die Kostspieligkeit und die zeitraubende Arbeit bei der röntgenologischen Diagnose dieses Leidens, die Hälfte aller Fälle würde auch ohne Röntgenuntersuchung festgestellt.

Bei der durch Pylorusstenose bedingten Gastrektasie sind nach Faulhaber drei Symptome zum Beweise ihrer Existenz notwendig: Größenzunahme des Organs, Stauungsinsuffizienz und sichtbare pathologische Peristaltik. Jonas unterscheidet drei röntgenologisch nachweisbare Entwicklungsstadien: 1. Antiperistaltik-Kompensationsstadium; 2. Fundusatonie — beginnende Inkompensation; 3. hochgradige Querdehnung des unteren Magenteiles — Inkompensation. Auf ein weiteres wichtiges Moment macht Faulhaber aufmerksam, nämlich auf die abnorm vertiefte Peristaltik, die auch Schwarz für pathognomonisch hält. Die von Jonas betonte Antiperistaltik, die Faulhaber als ein selteneres Phänomen beschreibt, wird von Holzknecht als nicht nur bei Pylorusstenose vorkommend angesehen, während Schwarz wiederum die Häufigkeit dieser Erscheinung hierbei betont. Dem gegenüber erklärt aber wieder Haudeck, daß die Antiperistaltik zwar kein pathognomonisches Zeichen für eine Stenose sei, aber immer ein Hinweis auf eine organische Veränderung des Magens oder Duodenums, wie auch 60 von 90 operierten Fällen bestätigten. Er schließt auf Stenose, wenn sich Reste noch 24 Stunden nach Nahrungsaufnahme finden, finden sich Reste zwischen 6 und 24 Stunden, so liegen geringere Grade der Stenose vor. Zu Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Stenose haben Holzknecht und Fujinamie die rohe Motilität des Magens geprüft, wobei sich ergab, daß reines Wasser bei Spasmus in 60—70 Sekunden entleert wurde, bei Stenose in längerer Zeit.

Ueber den röntgenologischen Nachweis des Magenkrebses geben besonders die Untersuchungen von Holzknecht und Brauner, Schütz und Jonas, Faulhaber, Haudeck, Kümmell, Schmieden u. a. einigen Aufschluß. Nach diesen Untersuchungen spricht für Tumor: Füllungsdefekte größerer Magen-

teile und unregelmäßige Konturendefekte, ferner die meist unterbrochene Peristaltik (P f a h l e r). Nach S c h ü t z wird die röntgenologische Diagnose des medullären Karzinoms durch drei Punkte gesichert: Nachweis einer raumbeengenden Bildung, unregelmäßige Grenzen des Magenschattens, Auftreten eines bizarr geformten Füllungsbildes. Das infiltrierende Karzinom bringt nach H a u d e c k den Magen zum Schrumpfen und dadurch zur Verkleinerung, während das diffus infiltrierende Karzinom ihn in die Höhe ziehe, die Pars pylorica verkleinere und die Pars cardiaca dehne. Auf die Verschiedenheit dieser Schrumpfungsvorgänge beim Ulcus und beim Karzinom macht S c h m i e d e n aufmerksam, bei ersterem schrumpfen die um das Geschwür herumliegenden gesunden Magenteile, beim Karzinom die kranken. F a u l h a b e r konnte in 30% die klinische Wahrscheinlichkeitsdiagnose sichern, hält es aber für zweifelhaft, ob beginnende oder sehr kleine Karzinome durch Röntgenstrahlen festgestellt werden können, was auch F i s c h e l und P o r g e s bestätigen. F i n k h, H o l z k n e c h t, D i e t l e n, U l r i c h s, S c h w a r z sprechen sogar von einer Frühdiagnose des Magenkarzinoms, während H o f f m a n n, P e r u s i a u. a. die Erreichung derselben durch das Röntgenverfahren für aussichtslos halten. F a u l h a b e r spricht es offen aus, daß die Frühdiagnose im pathologisch-anatomischen Sinne wegen der mehr oder minder langen Latenz immer ein „pium desiderium“ bleiben wird. Das Röntgenverfahren in Verbindung mit der Glycyl-Tryptophanreaktion zur Diagnostik heranzuziehen, versuchte K a y s e r; er kommt aber zu dem Schlusse, daß es zweifelhaft sei, ob beide Verfahren die Frühdiagnose ermöglichen. Gegen eine mögliche Frühdiagnose spricht auch der Fall von L e h f e l d t, wo weder klinisch noch röntgenologisch bei einem stark abmagernden Patienten mit heftigen Leibschmerzen nach Nahrungsaufnahme etwas nachzuweisen war, bis sich nach Monaten im Röntgenbilde eine Aussparung zeigte und die nun vorgenommene Operation ein nicht mehr radikal zu entfernendes ulzerierendes Pyloruskarzinom ergab. K u t t n e r faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß bei einem klinisch sicheren Karzinom auch der Röntgenbefund positiv sei und daß ein negativer Röntgenbefund das Bestehen eines Karzinoms nicht ausschließe. Drei allgemein interessierende Fälle von Fehldiagnosen bei Magenkarzinom veröffentlicht D i e t l e r: In einem Falle handelte es sich um einen stark geschrumpften Magen mit vollständiger Pylorusinsuffizienz, der wie ein diffuser Scirrhus im Röntgenbilde imponierte und durch ein ausgedehntes Karzinom vorgetäuscht wurde, das vom Ductus choledochus ausging und den Magen mauerartig von allen Seiten umfaßte. Im zweiten Falle war ein karzinomverdächtiger

Mann mit Magenblutungen Gegenstand der Untersuchung, bei der das Röntgenbild einen stark zerfressenen Rand der großen Kurvatur zeigte, während die Operation ausgedehnte Varizen ergab. Im dritten Falle wurde röntgenologisch ein Karzinom, klinisch eine Verhärtung des Pylorus festgestellt, bei der Operation fanden sich weder Ulcus noch Karzinom, sondern, wie die histologische Untersuchung ergab, submuköse kleine Abszesse.

Ueber den Einfluß von Medikamenten auf den Magen sind zahlreiche Untersuchungen (Dietlen, Kästle, Brügel, Tabora) gemacht worden: Oele und Fette verlangsamen die Magenbewegung, Salzsäure verzögert die Entleerung, wirkt aber stimulierend auf die Peristaltik. Morphium wirkt zuerst Peristaltik anregend mit starker Wellenvertiefung, so daß oft Sanduhrmagen vorgetäuscht wird. Bei hohen Dosen folgt auf das Erregungsstadium ein Lähmungsstadium mit starker Sekretion in den Magen. Opiate wirken nach Tierversuchen von Schwenter verzögernd auf die Austreibungszeit.

V. Therapeutisches.

Die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten datiert seit dem Jahre 1896. Damals hat Despeignes als erstes Objekt dieser Therapie das Magenkarzinom in Angriff genommen. Die Wirkung der Strahlen auf Tumoren haben Marei und Clunot beobachtet, sie fanden ein Latenzstadium, dann trat Zellschwellung mit atypischer Mitosenbildung auf, dann folgten Verhornung, Zerfall, Phagozytose und schließlich Narbenbildung. Da ungenügende Bestrahlung, wie Freund warnend hervorhebt, sogar erregend auf die Tumorzellen wirkt, so rät er, ihr alles aus dem Wege zu räumen, was die Wirkung auch nur einigermaßen abschwächen könnte, zumal da Faulhaber gezeigt hat, daß die Röntgenstrahlen Elektivwirkung ausüben in dem Sinne, daß die „Radiosensibilität“ der Gewebe eine verschiedene ist. Williams empfiehlt deshalb, nach jeder Krebsoperation vor Schluß der Wunde das Operationsgebiet zu bestrahlen, damit nach Entfernung von möglichst vielem Tumorgewebe die Röntgenstrahlen auf den Rest intensiver einwirken können, auch prophylaktisch zur Verhütung von Rezidiven soll die Narbe noch bestrahlt werden. Im allgemeinen sind die Äußerungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf maligne tiefliegende Tumoren recht pessimistisch (Faulhaber, Kästle, Wetterer, Steiner u. a.). Holzknecht will überhaupt nur inoperable Tumoren der Röntgentherapie überwiesen wissen. Auch Einhorn und Fittig sahen niemals einen Erfolg in der Röntgenbehandlung des Magenkarzinoms, Dounier und Lemoine wollen ein Magenkarzinom vollkommen geheilt und 17 so gebessert haben, daß Schmer-

zen und Erbrechen verschwanden und das Allgemeinbefinden sich hob. Auch Morton, Dunse, Pusey und Bailay wollen Verkleinerung des Tumors und Nachlassen der Schmerzen gesehen haben. Coromilas hat ein Carcinoma pylori erheblich gebessert. Grunmach hat ein inoperables Magenkarzinom neun Monate lang bestrahlt, wobei es von Faustgröße zu Kartoffelgröße zurückging. Werner und Caan sahen bei 10 von 34 Karzinomen eine günstige Beeinflussung der Beschwerden, die übrigen 24 Fälle blieben ohne jeden Erfolg. Czerny hält eine energische Bestrahlung auf ein vorgelagertes Karzinom, das inoperabel ist, mitunter für nützlich, falls der Tumor noch nicht zu weit vorgeschritten ist. Er weist darauf hin, daß die bisher meist angezweifelte therapeutische Beeinflussbarkeit echter Krebszellen durch die Röntgenstrahlen doch zu Recht bestehe, da auch inoperable und sogar rezidivierende Röntgenkarzinome durch fortgesetzte und sehr energische Röntgenbestrahlung zur Rückbildung und zum temporären Stillstande gebracht werden können, daß also der Reiz, der die Körperzellen zur anarchischen Wucherung veranlaßt, durch physikalische Einflüsse auch wieder ausgeschaltet werden könne.

Wenn wir von Erwähnung weniger wichtiger Tatsachen für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen absehen, so ist, wie wir gesehen haben, ihr Wirkungskreis und ihre positive Leistung auf diesem Felde recht bescheiden. Vielseitig aber und umfassender sind ihre Anwendungsmöglichkeiten auf diagnostischem Gebiete, zumal da die Annahme wohl nicht unbegründet ist, daß wir in der Röntgenologie noch viele Verbesserungen und weitere Ausgestaltungen der Untersuchungsmethodik erhoffen können. Boas, der vorläufig dem Röntgenverfahren in dem Bereiche der Verdauungskrankheiten noch recht pessimistisch gegenübersteht, gibt doch über den Wert der Röntgenologie für die Erkrankungen des Magens folgendes Urteil ab: „Wir werden in unklaren Fällen trotzdem immer wieder auf die Röntgenuntersuchung zurückkommen, schon um keine diagnostische Methode unversucht zu lassen; auf Ergebnisse von dem Umfange, wie sie mit den bisherigen klinischen Hilfsmitteln gewonnen worden sind, werden wir nur ganz ausnahmsweise rechnen können.“

Journal-Auszüge.

Agrypnie.

Ueber die Verwendbarkeit des Urethans in der Kinderheilkunde. Von F. Bertling (Aus der Universitäts-Kindärklinik in Göttingen). Bertling unternahm es, an über 50 Kindern der

Klinik und Poliklinik eine Reihe von Versuchen anzustellen und möglichst viele Gesichtspunkte zur Verwendung des Urethans in der Kinderpraxis zu erproben. Er gab das Mittel in der Klinik meist in Substanz, ohne Korrigentien, in einem Löffel Wasser oder Tee gelöst, in einigen Fällen auch in einer Eingießung oder per clysmata, nie bereitete die Applikation irgendwelche Schwierigkeiten. Er verfuhr zunächst so, daß er Kindern das Mittel zu einer Zeit eingab, in der sie sonst nicht zu schlafen pflegten; meist war dies der Fall nach der 5 Uhr-Mahlzeit, oder auch nach der 9 Uhr-Flasche. Er gab nur einmal am Tage eine bestimmte Menge, um einerseits die nötigen Dosen bestimmen zu können, andererseits, weil er diese Art der Applikation für geeigneter und bequemer hält als mehrfache Darreichungen. Während der Versuche wurde in der Umgebung der Kinder nichts geändert, zum Teil standen die Betten in gewohnter Weise auf dem Balkon; wenn Schlaf eingetreten war, wurde allerdings die nächste Mahlzeit, das Messen usw. ausgesetzt, wo es ohne Gefahr geschehen konnte. Er begann vorsichtig mit Dosen von 0,2 g, es zeigte sich aber bald, daß bei dieser Versuchsanordnung auch 0,4 g noch wirkungslos waren. Die Kinder waren munter und agil wie vorher. Die ersten Erfolge sah Bertling bei 0,5 g: Ein vier Wochen altes Kind schlief nach einer Stunde ein und erwachte erst wieder am nächsten Morgen, ebenso mehrere Kinder von 11—12 Monaten; als aber dann einem dieser Kinder 0,8 g verabreicht wurden, blieb die Wirkung wieder aus, so daß Bertling die Dosis von 0,5 g für Kinder über sechs Monate noch für zu gering hält. Für dieses Alter war auch bei Gaben von 0,6 bis 0,8 g der Erfolg noch durchaus kein konstanter, obwohl in vielen Fällen rascher und tiefer Schlaf eintrat. Erst bei der Anwendung von 0,9—2,0 g war die Wirkung eine sichere; 30 Erfolge stehen vier Mißerfolge gegenüber, davon drei an ein und demselben Kinde, wovon noch weiter unten die Rede sein wird. Der Schlaf trat in den meisten Fällen nach 10—20 Minuten, bisweilen auch erst nach einer Stunde ein; es war ein durchaus normaler Schlaf, in schöner Schlafstellung, Respiration und Puls unverändert. Die gewöhnlichen Geräusche des Stationsdienstes — z. B. das Einlassen von Badewasser — erweckten die Kinder nicht, wohl aber erweckten sie leicht bei Berührung, z. B. bei Armhochnehmen zum Pulszählen, um bald wieder weiter zu schlafen oder auch wach zu bleiben, wenn sie bereits eine bis zwei Stunden geschlafen hatten. Ebenso erwachten sie meist nicht zur Zeit der nächsten Mahlzeit, die dann öfters ausgesetzt wurde. Meist dauerte der Schlaf bis zum nächsten Morgen, in einigen Fällen — bei kleineren Dosen — auch nur $\frac{1}{2}$ —1 Stunde. Andererseits sah Bertling in der Poliklinik auch Fälle, in denen der Schlaf nach einer längeren Unterbrechung fortgesetzt wurde oder auf dem Nachhauseweg eintrat. In bezug auf die

Dosierung gewann Bertling folgende Resultate zur sicheren Erzielung von Schlaf:

Für das Alter von	1—5 Monaten	0,5—0,9 g,
„ „ „ „	6—12 „	1,0 g,
„ „ „ „	1—2 Jahren	1,5 g,
„ „ „ „	2 Jahren und mehr	2,0 g.

Diese Mengen zu überschreiten war Bertling nun in zwei Fällen genötigt, die zugleich zeigen, wie dreist man mit der Anwendung sein darf. Beidemale handelte es sich um Kinder von einem Jahre, die stark zurückgeblieben und untergewichtig waren. Das eine war eine Dekomposition, die sich schon lange im Respirationsstadium an der Brust befand, ein heruntergekommenes, elendes Kind. Bertling gab ihm die seinem Alter entsprechende Menge von 1,5 g, die aber ohne jede Wirkung blieb. Vier Tage später erhielt es nachmittags $\frac{3}{4}$ 5 Uhr 2,0 g, um 5 Uhr 10 Minuten trat tiefer Schlaf ein, der bis zum nächsten Morgen anhielt; den Vormittag machte das Kind noch einen etwas duseligen Eindruck, mittags war es durchaus wie sonst immer. Das andere Kind hatte eine schwere Pneumonie und Pyelitis durchgemacht, hatte 50% Hämoglobin und $1\frac{1}{2}$ Millionen rote Blutkörperchen und war damals nur mit Brust zu ernähren. Bertling verabreichte 1,0 g, ohne daß eine Wirkung eintrat, nach 1,5 g schlief es nach einer Stunde $\frac{1}{2}$ Stunde lang. Nach 2,0 g, um 5 Uhr gegeben, schlief es von 5 Uhr 20 Minuten bis 6 Uhr, war dann wieder munter und lebhaft. Warum gerade diese schwächlichen Kinder größere Mengen brauchten, vermag Bertling nicht zu begründen; nachts schliefen sie beide sehr gut, so daß von einer größeren Empfindlichkeit für äußere Reize keine Rede sein kann. Irgend welche Schädigung beim Gebrauche des Urethans hat Bertling nie gesehen, zweimal trat Erbrechen ein; das eine Mal bei einem nervösen Kinde, das sich gegen die Darreichung energisch wehrte, sich verschluckte und sofort erbrach, das andere Mal trat nach Bericht der Mutter eine Stunde nach dem Einnehmen Erbrechen auf, ohne der Wirksamkeit Abbruch zu tun. Nachdem Bertling so die Dosen gewonnen und sich von der guten Wirksamkeit des Urethans überzeugt hatte, ging er daran, es bei Kindern anzuwenden, die aus irgend welchen Ursachen nachts unruhig waren und viel schrien, oder auch tagsüber aufgeregte oder schmerzleidende Kinder zu beruhigen. Die oben angegebenen Dosen hält Bertling auch hierzu für die geeigneten, denn, wenn sie ausreichen, sonst gesunde Kinder tagsüber in Schlaf zu versenken, dann werden sie auch unruhige Kinder nachts einschläfern können, wo das Bedürfnis nach Schlaf vorhanden und die Ablenkung geringer ist. Das Mittel kann beliebig oft gegeben werden; Bertling gab es wieder meist in Substanz und in einmaliger Dosis. Durch alle diese guten Ergebnisse

angeregt, versuchte Bertling eine Wirksamkeit des Urethans auch noch auf anderen Gebieten zu erproben. Es lag nahe, das Mittel beim Keuchhusten anzuwenden, bei dem ja die Schlaflosigkeit in der Nacht ein Hauptgegenstand der Klage ist, und vielleicht eine Verminderung der Hustenanfälle zu erzielen. Bertling hatte nur eine beschränkte Anzahl Fälle zur Verfügung, er glaubt aber sagen zu können, daß das Urethan auf die Zahl oder die Heftigkeit der Hustenanfälle keinerlei Einfluß auszuüben vermag, und daher der Schlaf nach wie vor abhängig ist von den Anfällen. Einem dreijährigen Knaben gab Bertling jeden Abend längere Zeit hindurch 0,5 g Urethan. Stets trat zwei Stunden anhaltender, ruhiger Schlaf danach ein, dann aber hoben die Hustenattacken jede weitere Wirkung auf. Einen schlagenden Erfolg hat Bertling jedoch zu verzeichnen bei einer Form des Keuchhustens, die einfach die nervöse Fortsetzung einer weit zurückliegenden Erkrankung darstellt. Ein 2 $\frac{1}{2}$ jähriger kräftiger Knabe bekam seit über $\frac{3}{4}$ Jahren Tag wie Nacht Pertussisanfälle. Bertling beobachtete einen solchen bei der Untersuchung, das Kind wurde stark zyanotisch, die Augen tranten heftig, und nach dem Anfall war es sehr ermattet und schlaff; über den Lungen wenige trockene Geräusche. Er verordnete drei Dosen von je 1,5 g Urethan, an drei Abenden zu geben. Nach einigen Tagen kam die Mutter ganz beglückt wieder. Das Kind hatte die Nächte durchgeschlafen ohne jeden Anfall, auch tagsüber wurde der Husten viel seltener; die folgenden Nächte schlief es ohne Urethan sehr gut und ohne Rückfall des Hustens. Den gleichen Erfolg hatte Bertling vorher auch öfter nach großen Dosen Bromural. Ein anderes Gebiet, auf dem Bertling die Brauchbarkeit des Urethans erprobte, waren die alimentär bedingten Krämpfe, wozu ja die vielen Intoxikationen dieses Sommers reichlich Gelegenheit boten. Man kann a priori bei den toxischen Krämpfen wohl einen günstigen Einfluß des Urethans erwarten, denn gerade das Großhirn — der Ausgangspunkt der Krämpfe — ist es ja, dessen Erregbarkeit das Mittel herabgesetzt, und, um das Resultat vorauszunehmen, Bertling's Erwartungen wurden vollauf bestätigt. Dieses Ergebnis begrüßte er mit besonderer Befriedigung; denn wenn auch im allgemeinen das Chloralhydrat nicht so gefährlich ist, wie man annehmen könnte, so finden sich doch Fälle genug, in denen es von stoffwechselkranken Kindern — um die es sich hier doch stets handelt — ebenso wie Kampfer schlecht vertragen wird, und das völlig gefahrlose Mittel, das dasselbe leistet, verdient stets den Vorzug vor dem differenten. Daß das Urethan auch bewußtlosen Kindern gut beigebracht werden kann, wurde bereits erwähnt. Die Dosierung ist natürlich entsprechend der stärkeren Reizung des Großhirns etwas stärker als die oben zur Erzielung von Schlaf angegebene, er gab 1,5—3,0 g auf

einmal. — Zusammenfassend möchte Bertling herausheben, daß das Urethan wohl einen bleibenden Platz im Arzneischatze der Kinderheilkunde verdient: Es ist 1. ein sicheres Hypnotikum und leistet die besten Dienste, nächtlichen Schlaf bei Kindern zu erzielen, die infolge von nervösen Erregungen, Hunger aus therapeutischen Gründen oder Schmerzen bei Verletzungen, Stomatitis und anderen entzündlichen Erkrankungen unruhig sind, ferner auch tagsüber solche Kinder zu beruhigen. Besondere Anwendung verdient das Mittel bei der nächtlichen Unruhe der Säuglinge in den ersten drei Monaten, ob sie nun alimentär oder durch zerebrale Erkrankungen bedingt ist. Die dazu nötigen Dosen sind:

Für das Alter von 1—5 Monaten	0,5—0,9 g.
„ „ „ „ 6—12 „	1,0 g.
„ „ „ „ 1—2 Jahren	1,5 g.
„ „ „ „ 2 „ und darüber	2,0 g.

Sie können nach Bedarf gefahrlos überschritten und beliebig oft gegeben werden.

2. Ist das Urethan ein sicheres Antispasmodikum bei toxischen Krämpfen und verdient als gleichwertiges und durchaus harmloses Mittel naturgemäß den Vorzug vor dem Chloralhydrat. Krampfdosen sind:

per os	1,5—2,0 g.
per clysm.	2,0—3,0 g.

3. Empfiehlt sich die Anwendung des Urethans bei nervös fortgesetzten Fällen von Pertussis in mehrmaligen, nicht zu geringen abendlichen Dosen.

Was die Ordination anbelangt, so gab Bertling, wie erwähnt, das Urethan meist in Substanz, ohne je Schwierigkeiten dabei zu sehen. Der Preis eines Grammes als Rezept beträgt 10 Pf., 10 g kosten 60 Pf. Zu empfehlen wären außerdem folgende Rezepte:

Rp. Sol. Urethani 2,0:40,0 Liq. Ammon. anis. 0,5 Muc. Gummi arab. 1,0 1 Eßlöffel = 0,8 g. Preis 90 Pfg.	Rp. Urethani 3,0 Syr. spl. ad 30,0 Preis 50 Pfg.
Rp. Sol. Urethani 2,0:10,0 Syr. Cinamon. ad 20,0 1 Eßlöffel = 1,3 g. Preis 90 Pfg.	Rp. Sol. Urethani 2,0:10,0 Aq. Menth. pip. 5,0 Sacharini q. s. 1 Eßlöffel = 2,0 g. Preis 90 Pfg.
Rp. Sol. Urethani 5,0:50,0 Gummi arab. 1,0 Liq. Ammon. anis. 0,5 Sacharini q. s. 1 Kinderlöffel = 1 g. Preis 1,25 Mk.	

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 4.)

Klinische Erfahrungen mit Neuronal. Von Dr. M. Seige (Partenkirchen). (Aus der Psychiatr. Klinik in Jena.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Neuronal ist ein gutes und unschädliches Sedativum und Hypnoticum, das verdient, neben anderen Mitteln auch jetzt noch als gleichwertig angewandt zu werden. Man wird es in leichten Fällen in Dosen von 0,5 bis 1,0 g, in schweren von 2,0 bis 3,0 g geben.

2. Bemerkenswert scheint seine spezifische Wirkung bei bedrohlichen epileptischen Zuständen (Dämmerzuständen und Status) in Kombination mit Amylenhydrat sowie seine hervorragend sedative Wirkung bei chronisch erregten Geisteskranken in refraktärer Dosis.

3. In Kombination mit Antifebrin zeigt es häufig eine deutlich schmerzstillende Wirkung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 39.)

Arthritis urica.

Ueber die Behandlung der Arthritis sagt Prof. Dr. Th. Brugsch (II. med. Klinik der Charité in Berlin): „Als obersten Grundsatz stellen wir bei allen Fällen von Gicht mit starker Präponderanz arthritischer Syndrome die Purinfreiheit der Nahrung auf längere Zeit obenan. Gewöhnlich lassen wir die geplagten Patienten eine purin-(fleisch- und fisch-)freie Diät 2—3 Monate durchführen, gestatten dann acht Wochen lang wöchentlich 2—3 mal Fleisch (150 g nur einmal mittags, wobei es gleichgültig ist, ob man weißes oder schwarzes Fleisch verabreicht, während es verboten ist, zellreiches Fleisch zu verabreichen, also Thymus, Leber, Niere, Lunge, Hirn) und später sechsmal in der Woche Fleisch, also mit einem Fleischfasttag, wobei auch hier wieder betont werden muß, daß das Fleisch nur einmal am Tage gereicht wird und nicht in größerer Portion als 150 bis 200 g. Die Diät soll keine rein vegetabilische sein, sondern viel Milch-, Eier- und Mehlspeisen enthalten. Absolut nicht notwendig ist es, die Eiweißzufuhr (im Milch-, Eier- und vegetabilischen Eiweiß) herunterzudrücken, da die Harnsäurebildung so gut wie gar nicht vom Eiweiß abhängt. Obst ist reichlich gestattet; bei alkalischem Urin (durch vegetabilische Ernährung bedingt) ist die Verabreichung von dreimal fünf bis dreimal zehn Tropfen Acid. hydrochl. dilut. während der Hauptmahlzeiten in Himbeerwasser zu nehmen, sehr empfehlenswert. Alkohol ist einzuschränken, ich selbst verbiete ihn regelmäßig. Im übrigen ist — was die weitere Behandlungsweise anbetrifft — weitgehende Individualisierung hinsichtlich der einzelnen Typen am Platze. Ehe darauf eingegangen, nur noch einige Bemerkungen über die Therapie des akuten Anfalles. Wird man nachts zu einem akuten Anfall gerufen, so ist das beste Mittel die Einspritzung von Morphin in genügend großer Dosis; beim erwachsenen

Mann also 0,02 bis 0,03 g Morphin. Am nächsten Tag gebe man Colchicin, wie auch noch die nächstfolgenden Tage. Das beste Präparat sind die Granules de Colchicine Houdé. Wir geben im allgemeinen das Präparat in folgender Weise: am ersten Tage vier, am zweiten Tage drei, am dritten Tage zwei, am vierten Tage eine Granule. Ein Abführmittel zu geben empfiehlt sich nur dann, wenn auf das Colchicin hin keine Diarrhoe erfolgt. Manche akuten Gichtiker, die ihre Medizin und Aerzte schon viel erprobt haben, bevorzugen den Liqueur Laville, andere Albert's Remedy. Beides sind wirksame Präparate. Die Tinct. Colchici steht aber hinter der Wirksamkeit des Colchicins zurück. Während der arthritischen Attacke gebe man eine den Magendarmkanal womöglich gar nicht belästigende Diät (Suppen, Breie), um, sobald als der Patient das Bett verläßt, zur vollen purinfreien Diät überzugehen. Wichtig ist dabei, den Patienten sobald als nur irgend möglich aus dem Bett aufstehen zu lassen, ihn herumgehen und ihn körperliche Bewegungen machen zu lassen. Es steht insofern die Gicht im Gegensatz zu allen übrigen akuten Gelenkerkrankungen, bei denen die Schonung des erkrankten Gelenks die Hauptregel bildet. Mit dem Einsetzen der vollen purinfreien Diät beginnt auch das Einsetzen der Atophanthherapie, über deren Wesen und Anwendungsweise ein Wort gestattet sein mag. Bei der Prüfung der Chinolin-Karbonsäuren fanden Nikolaier und Dohrn, daß die 2 — Phenylchinolin — 4 Karbonsäure einen die Harnsäure steigernden Einfluß besitzt, welche Tatsache durch Weintraud und viele andere nicht nur für den gesunden Menschen, sondern auch für den Gichtiker bestätigt wurde. Dieses Präparat stellt nun einen in seiner physiologischen Wirksamkeit außerordentlich interessanten Körper vor. Es vermehrt nicht nur den endogenen Harnsäurewert um 100 bis 20%, sondern vermag auch beim Gichtiker ins Blut injizierte Harnsäure quantitativ zur Ausscheidung zu bringen (Weintraud), ebenfalls erhöht es ganz gewaltig die exogene Harnsäurebildung (Frank-Przedborski). Während Weintraud die Wirkung des unter dem Namen „Atophan“ in den Handel kommenden Präparates in erster Linie als elektive, die Harnsäureausscheidung befördernde Wirkung auffaßt, glauben wir, daß die Harnsäureausscheidung anregende Wirkung des Atophans etwas Sekundäres ist, während primär die „harnsäuremobilisierende“ Wirkung ist. Und diese Wirkung stellen wir uns — wozu wir experimentelle Gründe haben — folgendermaßen vor: Sowohl im endogenen wie exogenen Nucleinumsatz wird nicht die gesamte Menge des abgebauten Nucleins (also der Nucleinsäuren, Mononucleotide) in den Umsatz gebracht, sondern ein Teil bleibt als Reserve (zu künftigem Ansatz zur Verfügung stehend) im Körper (und wahrscheinlich in der Leber) zurück. Diese Aufspeicherung in der Leber entspricht

einer Leberaufspeicherung von Glykogen, Fett, Eiweiß. Atophan hat nun eine spezifische Wirkung auf den Umsatz dieses Anteils des intermediären Nucleinstoffwechsels, der sich gewöhnlich unseren Berechnungen ganz entzieht, in dem Sinne, daß es hier umsatzverstärkend oder mobilisierend wirkt. Dabei halten wir es für ausgeschlossen, daß selbst Mononucleotid-Levennes aus dem Purinkern etwas anderes wird als Harnsäure. Auch ist ganz gleichgültig, ob die Desamidierung in der intakten Nucleinsäure vor sich geht, oder ob die Nucleinsäure erst aufgespalten wird. Gibt man einem Gesunden bei purinfreier Diät Atophan (zwei oder mehr Tage lang 0,3 g), so erhält man eine maximale Harnsäureausscheidung über den endogenen Wert hinaus, die trotz weiterer Atophandarreichung nach einiger Zeit geringer wird. Bei purinhaltiger Diät ist die Mehrausscheidung unter der Atophandarreichung entsprechend größer. Das Wesen der Atophanwirkung liegt also nach unserer Meinung in dem Umsatz des intermediären (sonst wohl zum Wiederaufbau verwandten Nuclein oder Nucleinsäuredepots) und sekundär in der Anregung der Niere zur Ausscheidung der zirkulierenden Harnsäure. Zweifels- ohne tritt zur Zeit der Atophandarreichung bei Gesunden eine, wenn auch geringe Urikämie ein (Retzlaff, Dohrn); daß beim Gichtiker unter dem Einfluß des Atophans die Harnsäure aus dem Blut verschwindet, haben wir jedenfalls noch nicht feststellen können. Unter Zugrundelegung dieser obgenannten objektiven Beobachtung, daß beim Gesunden wie beim Gichtiker durch Atophan eine sich bald erschöpfende Harnsäuremehrausscheidung zutage tritt, können wir die empirische günstige Wirkung des Atophans für die Gicht folgendermaßen verwerten: Stellt die Stoffwechselgicht verschleppte Harnsäurebildung und Ausscheidung dar, so macht die Atophandarreichung einen beschleunigten Harnsäureumsatz und Ausscheidung, stellt also symptomatisch einen im entgegengesetzten Sinne wirkenden Mechanismus dar. Wir erreichen beim Gichtiker als Bilanz auf jeden Fall Eliminierung der Harnsäure, müssen aber, da die Wirkung sich bald erschöpft, die optimale Wirkung des Atophans zu erzielen suchen. Im allgemeinen geben wir beim Gichtiker das Atophan in Dosen von 2 bis 3 g pro die (à 0,5 g verteilt über den Tag) in Anfallsperioden nur unmittelbar vor oder unmittelbar nach dem Anfalle, da hier die Harnsäureausscheidung sehr niedrig zu liegen pflegt. Während der heftigsten Gelenkattacken geben wir das Atophan nicht, da schon normalerweise zu jener Zeit im Gichtanfall eine starke Harnsäureelimination statthat, die durch das Atophan wenig gesteigert wird. Nach dem Anfall gegeben, kann es dagegen weitere Exazerbationen verhindern, vor dem Anfall genommen, das Auftreten eines Anfalles koupieren. Man muß also dem Gichtiker das Präparat in die Hand geben und ihm überlassen, sowie

die ersten prämonitorischen Zeichen eines Gichtanfalles auftreten, das Atophan zu nehmen. Weiter geben wir bei Fällen von typischer Arthritis urica oder Fällen von primär¹ chronischer Arthritis urica das Atophan in regelmäßigen Intervallen, und zwar in leichteren Fällen alle vier Wochen, in schwereren Fällen alle 8—14 Tage, durch 2 Tage hindurch (je 2,0—3,0 g pro die); damit ist man in der Tat imstande, sehr häufig das Auftreten der Anfälle herauszuschieben oder sogar — soweit unsere Beobachtungen, die sich in dieser Beziehung nicht über zwei Jahre erstrecken — ganz zu vermeiden. Eine tägliche Darreichung von Atophan empfiehlt sich bei diesen Fällen selbst in kleinen Dosen nicht, da man damit gar nichts erreicht. Anders liegen allerdings die Dinge bei der Polyarthrit^{is} urica mit hohem Harnsäuregehalt des Harnes und Blutes. Hier kenne ich Fälle, wo die Patienten seit einem Jahre täglich 1—2 g Atophan nehmen, und wo das Aussetzen des Mittels sofort heftige Schmerzen in den Gelenken verursacht; und das Merkwürdigste an diesen Fällen ist, daß trotz einer so langen Darreichung von Atophan keine Störung von seiten der Niere vorhanden ist, und daß das Atophan trotz langer Darreichung immer noch eine Vermehrung der Harnsäure verursacht. Das bestätigt unsere Ansicht, daß man diese Fälle mit der geringen oder gar nicht nachweisbaren Purinstoffwechselanomalie als harnsäurediabetische bezeichnen muß, d. h. solche, deren Harnsäurebildungsvermögen (synthetisch bzw. analytisch) gesteigert ist. Schlechtere Erfahrungen haben wir mit der Atophandarreichung bei Fällen reiner Nierengicht gemacht; in manchen Fällen versagte es nicht nur in bezug auf die Harnsäureausscheidung, wir bekamen auch, trotz Natron, häufig Nierenschmerzen, auch konnte ich manchmal geringe Vergiftungssymptome (Uebelkeit, Unwohlsein, schnellen Puls, Herzklopfen usw.) beobachten. Es ist das Atophan also in erster Linie bei der Arthritis urica und der primär chronischen Arthritis urica in intermittierender Darreichungsform indiziert, bei der Polyarthrit^{is} urica in mehr oder minder längerer Anwendung; mit Vorsicht zu gebrauchen ist es bei der Nierengicht. Das ist fast die einzige interne medikamentöse Anwendungsweise, die wir üben; die Diamine, das Citarin usw. verschmähen wir vollständig und geben nur bei manchen Formen von chronischer Arthritis urica wie bei der Bleigichtniere noch innerlich Jod. Dafür legen wir aber besonderes Gewicht noch auf die äußere Therapie. Sehr zu empfehlen sind nach unseren Erfahrungen 3% Solbäder (37° C.) und Massage der Gelenke mit externer Anwendung der Derivantien. Auch Schlamm-packungen der Gelenke wirken besonders bei den chronischen Formen der Gicht sehr günstig, wahrscheinlich in einem die Resorption der Harnsäure begünstigenden Sinne. Von externen Mitteln haben wir sodann in letzter Zeit noch zwei Mittel bei Gichtikern mit torpiden Gelenk-

affektionen erprobt. Da ist ein Antagran sich nennendes Mittel und ein mir von Herren Prof. Wolfenstein und Dr. Zennert zur Verfügung gestelltes Präparat. Antagran, über dessen Zusammensetzung ich keinen Anhaltspunkt habe, ist mir von Herrn San.-Rat Siegel zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt worden. Es besteht aus mehreren Lösungen, mit denen massierend nacheinander die Gelenke des Körpers eingerieben werden. Dem Geruche nach ist in dem Mittel Campher, Terpentin, Chloroform und wahrscheinlich vieles andere noch enthalten. Sicherlich nützt man bei methodischer Anwendung bei vielen Fällen von Gicht mit diesem Mittel; natürlich hat es keinen die Gicht etwa spezifisch beeinflussenden Wert, sondern nur den eines guten Derivans. Das gleiche läßt sich von dem von Prof. Wolfenstein dargestellten Präparat sagen, seiner chemischen Konstitution nach ist es ein Acetylsalicylsäuretrichlorisobuthylester, der, in einem neutralen Paraffin oder sonstigen Fette gelöst, zur Anwendung kommt. Beide Präparate können wir zur Anwendung empfehlen. Was schließlich die Radiumtherapie der Gicht anbelangt, so sind — wenn Erfolge zu erzielen sind — dieselben so selten und so mühsam erkaufte, daß wir von der Radiumtherapie bei den meisten Fällen von Gicht Abstand nehmen, es sei denn, daß man die Gelegenheit hat zur Radiumtherapie mit größeren Dosen, als es z. B. das 2 Macheeinheiten-Emanatorium liefert.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 34.)

Asthma.

Zur Behandlung des Asthma bronchiale. Von Erich Meyer. Der Vortragende berichtet über seine Erfahrungen mit einigen neueren Arzneimitteln, die er bei dem in Straßburg häufigen Asthma bronchiale gesammelt hat. Als bestes Mittel zur Kupierung der Anfälle empfiehlt er die subkutane Injektion von Adrenalin oder Suprarenin (1 : 1000) $\frac{1}{2}$ —1 ccm pro dosi. Er weist auf die experimentellen Untersuchungen von Pollack und Januschke hin, aus denen hervorgeht, daß Adrenalin die kontrahierten Bronchiolen erweitert. Die Adrenalintherapie scheint der älteren Atropintherapie überlegen zu sein. Wenig bekannt ist, daß in vielen Fällen auch durch Theobromin, natrio-salicylicum (Diuretin), wie van der Velden zuerst gezeigt hat, nicht nur das kardiale, sondern auch das bronchiale Asthma sehr abgeschwächt werden kann; in manchen Fällen genügt es, 1—2 g vor der Zeit des zu erwartenden Anfalls (abends) zu geben. Das Mittel kann wochenlang ohne Schaden genommen werden. Von der Adrenalin- resp. Suprarenininjektion sah Vortragender niemals Schädigungen, nicht einmal bei leicht erhöhtem Blutdruck und bei Arteriosklerose. Als Prophylaktikum empfiehlt er in der anfalls-

freien Zeit Chlorkalzium in großen Dosen innerlich (10 : 200) zweistündlich zu geben (K a y s e r). Bei dieser Behandlung gelingt es oft, selbst nach jahrelangem Bestehen die Anfälle zum Schwinden zu bringen. Sehr häufig beobachtet man bei dieser Behandlungsmethode ähnlich wie bei der Jodmedikation leichtere Expektoration und Verflüssigung des Sputums. Ein Nachteil dieses Mittels ist der für manche Patienten unangenehme Geschmack; irgend welche schädliche Nebenwirkungen hat die Ca-Therapie aber nicht.

Diskussion: Herr Blum: In vielen Fällen von Asthma bronchiale vermag das Adrenalin ganz wie das Atropin und Morphinum den Anfall schnell zu kupieren; zuweilen zeigt es sich sogar diesem überlegen. Ich habe aber umgekehrt Fälle gesehen, in denen das Adrenalin hinter den beiden erwähnten Mitteln weit in seinem Nutzen zurückblieb. Offenbar sind die Fälle nicht gleichwertig. Bei beiden Fällen kann man bei der subkutanen Injektion Adrenalinzerstäubungen in Form des Adrenalinhalanten mit Vorteil benutzen. Der Blutdruck, der im Anfall von Asthma bronchiale meist gesteigert ist, geht, wie ich durch fortlaufende Messungen feststellen konnte, nicht in die Höhe, sondern sinkt nach der Adrenalininjektion. Beim echten Asthma bronchiale habe ich von Theobromindarreicherung keinen Erfolg gesehen. Bezüglich des Chlorkalziums, dessen günstige Wirkung Herr Meyer hervorgehoben hat, verfüge ich aber bisher nur über zwei Beobachtungen: zwei Fälle von Asthma bei Heuschnupfen, bei welchem letzteren das Chlorkalzium ebenfalls mit Erfolg angewandt ist. In beiden Fällen versagte das Mittel. Nichtsdestoweniger würde ich es bei der Hartnäckigkeit des Leidens, gestützt auf die soeben vorgetragenen günstigen Erfahrungen, natürlich in solchen Fällen wieder versuchen. — Herr A. Cahn schließt sich durchaus der warmen Empfehlung der subkutanen Adrenalininjektion beim Asthma bronchiale an, die meistens geradezu verblüffend wirkt und von deren nicht allzu häufigem Gebrauch schädliche Folgen nicht beobachtet wurden. Der Adrenalinnasenspray hat sich ihm viel weniger bewährt wie die Zerstäubung des Methylatropins (T u c k e r's Mittel). Das Diuretin hat Cahn seit 1889 mit so gut wie nie versagendem Erfolg zuerst verwendet beim Asthma cardiale, und zwar gibt er es in Dosen von je 1 g zwei- bis dreimal in den späten Abendstunden. Er wurde auf diese Indikation aufmerksam durch die Beobachtung eines hydropischen Herzkranken, bei welchem das Diuretin zwar keine vermehrte Diurese bewirkte, aber alle Narcotica und Hypnotica in der Verhütung und Besserung der nächtlichen Atemnotanfälle weit übertraf. Das Diuretin kann sehr lange fortgegeben werden; bei einem Kranken wurden z. B. in 1 $\frac{1}{4}$ Jahren 865 g verabreicht ohne Schädigung, ohne Gewöhnung. Daraufhin hat Cahn auch beim Asthma bronchiale seit vielen Jahren das Diu-

retin angewendet. Bei dem rein nervösen Asthma ist der Erfolg zweifelhaft, sicherer bei den bronchitischen Formen und ganz besonders dann, wenn im Verlauf eines bronchitischen Asthmas das Herz mit erkrankt ist. Daß das Theobrominum natrio-salicylicum so schwer als Antidyspnoicum sich hat einführen können, liegt sicher zum Teil an dem unglücklich gewählten Vulgärnamen, der nur einen Teil der Wirkung veranschaulicht, zum Teil aber auch daran, daß die Dosen oft zu klein gewählt werden. — Das Kalziumchlorid wurde, seitdem es in der Poliklinik erprobt war, in einzelnen, aber noch nicht genügend zahlreichen Fällen versucht, anscheinend mit Erfolg als prophylaktisches Mittel, ein sicheres Urteil ist aber noch nicht gewonnen worden. Für den Fall schlechten Ertragens seitens des Magens empfiehlt sich die endorektale Applikation, da das CaCl_2 ungemein schnell vom Mastdarm aus resorbiert wird.

(Unter-Elsäss. Aerzteverein in Straßburg, 4. Mai 1912. —
Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Ueber die Wirkung des Adrenalins beim Asthma bronchiale und bei der chronischen Bronchitis. Von Dr. A. Ephraim. (Breslau). Verfasser konnte sich oft überzeugen, daß die subkutane Injektion von 0,75—1 ccm der 1%igen Adrenalinlösung — Verfasser benutzte fast ausschließlich das deutsche Suprarenin — einen schweren Anfall innerhalb weniger Minuten so gut wie regelmäßig beendet. Aber dieser Effekt hält nicht lange an. Weit anhaltender und intensiver ist die Wirkung, wenn man das Mittel lokal appliziert, endobronchial einstäubt. Diese Methode empfiehlt Verfasser warm, da er mit ihr ausgezeichnete Resultate erzielt hat. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Augenentzündungen.

Ueber die rhinogene Beteiligung der Tränenwege, insbesondere über den Zusammenhang der chronischen Dacryocystitis mit den Erkrankungen des Siebbeins und ihre Behandlung. Von Oberstabsarzt Privatdozent Dr. Rhese (Königsberg). Autor faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

1. Die chronische Dacryocystitis ist mit großer Häufigkeit durch eine Siebbeinerkrankung bedingt. Es hat daher das vordere Siebbein dieselbe Bedeutung für den Tränensack, wie die hinteren Nebenhöhlen der Nase sie für den Orbitalinhalt haben.

2. Die Prognose der durch eine Siebbeinerkrankung bedingten chronischen Dacryocystitis ist ausgezeichnet. Die Siebbeinoperation pflegt auch hartnäckige, mit Fistelbildung einhergehende Fälle zur Heilung zu führen.

3. Auch bei der sonstigen rhinogenen Entstehung von Erkrankungen der Tränenwege kommt dem mittleren Nasengang eine größere Bedeutung zu, als dem in pathogenetischer Hinsicht überschätzten unteren Nasengange.

4. Zur Feststellung der den Erkrankungen der Tränenwege zugrunde liegenden rhinogenen Ursachen (Ethmoiditis, Sitz von Stenosen, Verdrängungen und Verlagerungen des Tränennasenganges durch Formanomalien des Septums, falsche Wege) ist die Röntgenaufnahme — und zwar vorzugsweise die von mir empfohlene Schrägaufnahme — mit einer im Tränennasengang liegenden Sonde sehr zu empfehlen. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Zur Therapie der Lidrandentzündungen. Von Dr. Frhr. v. Marenholtz (Aus der Maximilians-Augenheilanstalt in Nürnberg). Verfasser hat in den letzten Monaten zur Behandlung der Lidrandentzündungen etc. eine neue, nach den Angaben von Geh.-Rat v. Wassermann hergestellte Salbe benutzt, die eine 25—50% Staphylokokkenextraktsalbe darstellt, in der also die immunisierenden Stoffe der Staphylokokken enthalten sind. Die Salbe ist bis jetzt mit sehr gutem Erfolge bei den durch Staphylokokken bedingten Hauterkrankungen: Folliculitiden, Furunkeln, auch Pusteln der Säuglinge etc. angewandt. Außer dieser „Histopinsalbe“ ist noch eine „Histopingelatine“ im Handel erschienen, die namentlich prophylaktisch wirken und durch Aufpinseln auf die Haut die Umgebung von Furunkeln etc. gegen das Weiterschreiten oberflächlicher Staphylokokkeninfektionen schützen soll. Es lag nun nahe, diese Mittel auch bei Behandlung der Lidranderkrankungen anzuwenden; wissen wir doch, daß schon normaler Weise konstant Staphylokokken an den Lidern vorkommen und daß sie für die Entstehung der Blepharitis, namentlich der ulzerösen Form derselben ätiologisch verantwortlich gemacht werden müssen. Die Blepharitis ulcerosa tritt häufig mit den follikulären Abszessen auf, die ja der Akne der Haut fast gleichzustellen sind, so wie das Hordeolum dem Furunkel. Nach Axenfeld „spielen die Staphylokokken bei manchen Formen von Lidrandentzündung (besonders bei den mit Pustelbildung, Hordeolum etc. einhergehenden) eine bedeutende Rolle“. Bei den hartnäckigen Staphylokokkenkrankungen der Lider ist bereits die von Wright empfohlene spezifische Vakzinetherapie angewandt, aber wohl meist als zu umständlich wieder aufgegeben worden. Um so freudiger ist es zu begrüßen, daß wir jetzt in so einfacher Weise die immunisierenden Stoffe der Staphylokokken zur Behandlung heranziehen können. Die Salbe wird nach Entfernung von Borken etc., Eröffnung von Pusteln etc. fest zwischen den Cilien auf dem Lidrand verrieben, nach anscheinender Heilung ist noch längere Zeit — acht

bis zehn Tage — die Histopingelatine prophylaktisch aufzustreichen. Weder die Salbe noch die Gelatine machen die geringsten Schmerzen, im Gegenteil erzeugen sie ein angenehm kühlendes Gefühl, was von Seiten der Patienten oft spontan geäußert wird. Den Hauptvorteil der „Histopinsalbe“ erblickt Verfasser darin, daß die Behandlungszeit bedeutend abgekürzt wird, hatte er doch bei chronischen Blepharitiden, die bereits monatelang behandelt waren, in 10—14 Tagen bei täglicher Histopinsalbenbehandlung völlige Heilung erzielt, die auch jetzt nach Monaten noch anhält. Verfasser hat bis jetzt in etwa zwölf Fällen von chronischen Blepharitiden diese guten Erfolge gehabt, außerdem auch eine bereits monatelang währende Staphylokokkeneiterung der Conjunctiva damit geheilt. Eine größere Zahl von Gerstenkörnern und Pusteln wurde nach Eröffnung teils mit Salbe, teils mit Gelatine behandelt und scheint bei den meisten derselben die Neigung zu Rezidiven abgenommen zu haben und die Heilung eine beschleunigte gewesen zu sein. In einem Fall von Aknepusteln des Gesichts, die auch stellenweise auf die Lidränder übergingen, trat allerdings erst nach etwa vierwöchentlicher Behandlung Besserung an der Haut und Lidern ein, immerhin noch ein guter Erfolg, wenn man weiß, wie hartnäckig derartige Aknepusteln namentlich in den Pubertätsjahren jeder Behandlung trotzen. Bei zwei älteren Herren mit Diabetes, die bereits jahrelang von ekzematösen Gesichtsausschlägen mit Furunkelbildung und immer wieder rezidivierenden Lidrandentzündungen mit Hordeolumbildung geplagt waren, ist sowohl die Erkrankung der Haut, wie die der Lider erheblich gebessert und bis jetzt entschieden die Neigung zu Rezidiven erheblich geringer geworden. Nach seinen Erfahrungen kann Verfasser also zur Anwendung der „Histopinsalbe“ und „Histopingelatine“ bei allen Arten von Lidrandentzündungen, Hordeolum etc. nur raten, da erstens die Behandlungsdauer eine verhältnismäßig kurze ist und zweitens infolge langdauernder Immunität Rezidiven vorgebeugt wird. Die Salbe wird in der „Nitrinfabrik-Aktiengesellschaft“ in Köpenick bei Berlin hergestellt. Der Preis ist allerdings ein ziemlich hoher: 3,50 Mk. pro Tube.

(Wochenschr. f. Therap. u. Hygiene d. Auges 3. Okt. 1912.)

Blutungen.

Liquor Hydrastinini (Bayer) — ein synthetisches Hydrastininum hydrochloricum. Darüber schreibt Dr. Carl Credé-Hörder, Frauenarzt in Berlin-Friedenau. „Die Versuche, die ich in meiner Klinik, Poliklinik und ambulanten Privatpraxis mit dem „Liquor Hydrastinini (Bayer)“ anstellte, ließen mich zu einem warmen Freund des Mittels werden. Es wirkt prompt bei der Behandlung von Dysmenorrhoe und bei zu starken und zu lange

andauernden menstruellen Blutungen. Ich sah von dem neuen Mittel Erfolge, wo die bisher angewandten anderen Präparate versagten. Das neue Präparat ist stets gleich zusammengesetzt, während die Fluidextrakte sich recht schwankend erweisen, wenn man sie genau auf ihren Hydrastingehalt untersucht. Das neue Mittel nimmt sich besser ein als seine Konkurrenten, es ist außerdem billiger. Deshalb kann ich es nur auf das wärmste empfehlen. F r e u n d (Straßburg) und M e r k e l (Nürnberg) haben übrigens die gleichen günstigen Beobachtungen gemacht. Das Mittel sollte bei den Kassen eingeführt werden.“ (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 39.)

Extractum Hydrastis canadensis fluidum und sein Ersatz, das synthetische Hydrastinin - Bayer. Von Dr. K a r l L e h m a n n (Berlin - Lichterfelde). Den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. ist es gelungen, auf synthetischem Wege Hydrastinin darzustellen. Nach den pharmakologischen Untersuchungen besitzt es die gleiche Wirkung wie das natürliche Hydrastinin des deutschen Arzneibuches. Das Präparat ist bereits klinisch erprobt. Prof. F r e u n d (Therap. Monatshefte 1912 Nr. 5) faßt sein Urteil dahin zusammen, daß sich das Präparat hinsichtlich seiner styptischen und tonisierenden Wirkung in nichts von dem natürlichen Hydrastinin unterscheidet. Das Mittel kommt als Liquor Hydrastinini-Bayer und als Tabletten Hydrastinin. hydrochloric.-Bayer in den Handel. Der Liquor ist genau auf das Extr. Hydr. can. fluid. des D. A.-B. eingestellt und zeichnet sich durch einen relativ guten Geschmack aus. Man gibt, wie beim Fluidextrakt, gewöhnlich 20—30 Tropfen in ein wenig Zuckerwasser. Die Tabletten sind mit Zucker überzogen und versilbert, so daß der bittere Hydrastiningeschmack nicht zum Vorschein kommt. Jede Tablette enthält 0,025 Hydrastinin, was wiederum zirka 25 Tropfen Fluidextrakt entspricht. Recht wesentlich ist der Preisunterschied gegenüber dem augenblicklich sehr teuren Fluidextrakt, von welchem 25 g nach der deutschen Arzneitaxe 4,55 M. kosten, während das gleiche Quantum Liquor Hydrastinini-Bayer sich nur auf 2,50 M. stellt. Verfasser hat sich bald nach dem Erscheinen des Präparates ein größeres Quantum von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. schicken lassen und verfügt heute über mehr als 60 Fälle, in denen er an Stelle von Extr. hydrastis. bzw. Hydrastinin - Alkaloid die synthetischen Präparate verordnet hat. Verfasser kann konstatieren, daß das synthetische Hydrastinin (Liquor Hydrastinini und Tablettae Hydrastinin-Bayer) einen vollwertigen Ersatz des Extr. Hydr. can. fluid. darstellt, der sogar diesem überlegen zu sein scheint. Seine Vorzüge sind die stets gleichmäßige Zusammensetzung, der niedrige Preis und der gute Geschmack.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1912 Nr. 39.)

Langdauernder Blutausfluß aus der Brustdrüse. Von C a h n. 40jährige kräftige, sonst kerngesunde, nicht nervöse Frau (Wa. R. negativ). Heirat mit 27 Jahren; Geburt mit 30 $\frac{1}{2}$ Jahren: reichliche Milchsekretion; doch muß das Kind nach 14 Tagen wegen Schmerzen in der rechten Brust abgesetzt werden; zur Eiterung kommt es aber nicht. Danach läuft lange aus beiden Brüsten Milch nach. — Im 36. Jahre begann dann ein gelblich-weißer Ausfluß aus der linken Brust. — Juli 1909 neue Gravidität, im September Abort. Während dieser Schwangerschaft wurde der Ausfluß deutlich milchig und „war so stark wie nach einer Geburt“. Eine Woche nach dem Abort wurde die Flüssigkeit hellbraun und dann rein blutig, trocknete zu starren Flecken in oder zu glasigen roten Splittern auf der Wäsche resp. dem Verbande ein. Anfangs wurde zur Zeit der Regeln der Ausfluß stärker, in den Zwischenzeiten geringer; später verlor sich die Periodizität; versiegt ist aber seit September 1909 bis jetzt der Ausfluß auch nicht einen Tag. — Während der mehrtägigen Beobachtung wurden täglich Mengen von $\frac{1}{2}$ —2 ccm durch bloßes Anheben und leichtes Streichen der Brust aus der Brustwarze gewonnen; ein anderer Teil lief in die aufgebundene Gaze. Die Brüste der Dame sind recht groß, der Drüsenkörper gut entwickelt. Die Blut sezernierende linke Brust ist entschieden größer, aber eher weicher als die gesunde, besonders der untere laterale Quadrant fühlt sich besonders weich an; und es hat den Anschein, als wenn sich die Flüssigkeit hauptsächlich von hier aus ausstreichen ließe. Nirgends die geringste Spur einer Härte, einer Druckempfindlichkeit. — Die Flüssigkeit enthält reichlichst Erythrozyten, meist gut erhalten, sehr wenig Schatten, spärliche Fettröpfchen und eine Reihe großer Zellen, die ganz wie Kolostrumkugeln sich verhalten. Fibrinfädchen wurden nicht gesehen. Das abgesetzte Serum ist durch gelöste Blutfarbstoffe rot gefärbt mit einem Stich ins braune. Die Zählung der Erythrozyten in der Thoma-Zeiß'schen Kammer ergab 2,9 resp. 3,2 Millionen pro cm. Es handelt sich somit um eine Mischung von Blut mit sehr wenig Kolostrum; das Blut war somit nur wenig hämolysiert. Aber ein kleines Tröpfchen der Flüssigkeit $1\frac{1}{2}$ ccm frischen menschlichen Blutes gemischt, bewirkt, daß dieses nur locker gerinnt, und ein lackfarbenes Serum zeigt, daß also dies abnorme Sekret auf frisches Blut leicht hämolytisch wirkt. Bekanntlich ist bei malignen Brustdrüsengeschwülsten blutiger Ausfluß aus der Warze gar nicht selten; auch bei gutartigen Neubildungen, Fibroadenomen u. dgl. wird z. B. von Hermann ähnliches beschrieben. In der geschilderten Beobachtung ist aber auch nicht der geringste Anhalt weder für eine bösartige noch gutartige Neubildung. Man wird lakunäre und ampulläre Erweiterung der Milchgänge annehmen müssen mit reichlicher Entwicklung dünn-

wandiger Gefäße in deren Wandung, aus denen das Blut extravasiert. Am meisten Beziehung hat die gewiß ungemein seltene Affektion noch mit dem von Mintz als Katarrh der weiblichen Brustdrüse beschriebenen Symptomenkomplex, wobei ohne bekannte Ursache ebenfalls monate- und jahrelang aus der Mamilla eine gelbe seröse, von Formelementen freie Flüssigkeit abgesondert wird. Bei der Dame waren verschiedene Salben, ein inneres Medikament, wahrscheinlich Jodkali, ohne Erfolg verordnet worden. Der eine Chirurg riet gar nichts zu tun; ein zweiter wollte radiär spalten; von autoritativer Seite wurde endlich, um „Uebergang in Krebs zu verhüten“, Amputatio mammae empfohlen, gewiß ohne Berechtigung. — Schließlich hat das bloße Aufbinden und leichte Komprimieren der Brustdrüse deutlich die blutige Absonderung vermindert.

Diskussion: Herr Freund: Der Fall des Herrn Cahn scheint ein Unikum hinsichtlich der Dauer und Intensität des Blutausflusses zu sein. Sonst sieht man geringere Blutungen aus den Brüsten bei Nervösen und Hysterischen, manchmal als Artefakte; Ferner bei Tuberkulose. Freund hat einen solchen Fall in der Gravidität beobachtet. Bei entzündlichen Prozessen während der Laktation aber kommt es bekanntlich nicht allzu selten zum Austritt von Blut (mit oder ohne Eiter) durch die Brustwarze. Dilatationen von Milchgängen bei Einschmelzung von Gewebe, Granulationsbildung und Arrosion von Blutgefäßen erklären das Phänomen, ähnlich wie bei Hämatomen in den Labia majora vulvae. Eine Exstirpation der Brustdrüse ist dabei allerdings nicht indiziert, eine Inzision aber könnte in Frage kommen.

(Unter-Elsäss. Aerzteverein 25. Mai 1912. —
Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Cystitis.

Ueber Hexal (sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin). Von Dr. K. Seegers (Landesheilanstalt Uchtspringe). Die Kranken, welche behandelt wurden, litten zum größten Teil an chronischem Blasenkatarrh, einige davon hatten gleichzeitig eine chronische Nierenentzündung bzw. eine solche des Nierenbeckens. Ferner wurde das Hexal einer Anzahl paralytischer Kranken verabreicht, bei denen infolge einer Blasenlähmung sich eine Vergrößerung und ein chronischer Reizzustand der Blase ausgebildet hatte. Die Kranken, welche sämtlich die Hexallösung ohne Beschwerde und gern einnahmen, gaben schon nach ein bis zwei Tagen an, eine gewisse Erleichterung zu verspüren. Besonders auffällig war die Wirkung bei einer Kranken, bei der sich ziemlich plötzlich eine Lähmung der Blase mit sehr heftigen Schmerzen eingestellt hatte, so daß sie nachts nicht schlafen konnte. Schon nach 24 Stunden fühlte sie sich wohler,

und nach zwei Tagen konnte sie wieder ruhig schlafen und schmerzlos Urin lassen. Eine andere Kranke mit chronischer Cystitis nach Gonorrhoe, welche längere Zeit vergeblich mit Urotropin und anderm behandelt war, und die häufig über Blasenschmerzen zu klagen hatte, fand selbst, daß ihr Urin schon nach 24 Stunden heller wurde, daß sie leichter urinierte und die Schmerzen bedeutend nachließen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden auch bei längerer Verabreichung nicht beobachtet; nur eine Kranke bekam nach etwa fünftägigem Einnehmen einen sehr heftigen Schnupfen. Dieser verlor sich, als das Mittel ausgesetzt wurde, stellte sich aber sofort wieder ein, als die Ordination von neuem aufgenommen war. (Idiosynkrasie? Anaphylaxie?) Im übrigen war die Wirkung des Hexals auch auf den Blasenkatarrh dieser Kranken dieselbe günstige wie bei den anderen Patienten. (Berl. klin. Wochenschr. 1912 Nr. 38.)

Hexal, ein neues sedatives Blasenantiseptikum. Von Dr. S. B o s s (Straßburg i. E.). Es lag der Gedanke nahe, die beiden bewährten Blasenmittel, die Salizylsäure bzw. ihre Derivate und das Hexamethylentetramin, chemisch miteinander zu verbinden, um auf diese Weise die starke sedative Wirkung der Salizylsäure mit der bakteriziden des Hexamethylentetramins zu vereinigen. So entstand ein neuer, wohl charakterisierter, chemischer Körper, das Hexal. Hexal enthält etwa 60,9% Sulfosalizylsäure und etwa 39,1% Hexamethylentetramin. Das Präparat wird von der Chemischen Fabrik J. D. Riedel in Berlin hergestellt und kommt in Tabletten zu 0,5 g und als Pulver in den Handel. Was die Dosis des Hexals anbelangt, so genügen im allgemeinen drei- bis viermal täglich 1 g. Man läßt das Pulver oder die Tabletten, in einem Glase Wasser aufgelöst, nach den Mahlzeiten langsam nehmen. Diese Dosis ist zur Erzielung eines vollen Erfolges ausreichend. Sind die heftigen Entzündungserscheinungen zurückgegangen, so kann die Dosis auf zwei- bis dreimal täglich 1 g beschränkt werden. Das Hexal kann wochenlang ohne jeden Nachteil genommen werden. Es verursacht keine Magenstörungen und vor allem keine Reizung des Harnapparates. Nicht in einem einzigen Falle konnten Zylinder, Epithelien oder Eiweiß, abgesehen von den bei der akuten Cystitis auftretenden Beimengungen, nachgewiesen werden. Die Kombination der Sulfosalizylsäure mit Hexamethylentetramin mußte also a priori ein Präparat ergeben, das einen günstigen Einfluß auf Blasenentzündungen ausübt. In der Tat hat sich das Hexal als ein vorzügliches Blasenantiseptikum erwiesen. Verfasser hat im Verlaufe von zwei Jahren bei einer größeren Anzahl geeigneter Krankheitsfälle das Hexal erprobt und genügende Erfahrungen über die therapeutische Wirksamkeit des Präparates gesammelt. Am deutlichsten macht sich die Wirkung des Hexals

bei den akuten Blasenkatarrhen geltend, seien sie bedingt durch Fortleitung von der Nachbarschaft aus, wie bei der Cystitis gonorrhoeica, oder durch Erkältung, durch Strikturen der Harnröhre, durch Prostatahypertrophie oder durch Paresen der Blase zentraler Natur, Tabes, Myelitis etc. etc. In erster Linie ist es die rasche Beseitigung der dysurischen Erscheinungen, des Brennens und Zwanges nach dem Urinieren, der längs der Harnröhre bis zum After ausstrahlenden Schmerzen. Der sich einstellende Harndrang, der in den meisten Fällen hartnäckig wird und dem Patienten die Nachtruhe raubt, läßt schon am zweiten bis dritten Tage nach, um im Durchschnitt nach vier bis fünf Tagen völlig zu verschwinden. Der trübe, stark eiter-, schleim- und bluthaltige Urin klärt sich rasch auf. Meist ist nach acht Tagen der Harn ohne Trübung. Dabei wird eine eingetretene alkalische Reaktion des Urins in eine saure umgewandelt. Die nicht selten am Ende der Miktion auftretenden Blutungen sistierten meist nach zwei bis drei Tagen. In gleicher Weise günstig wirkt das Hexal auf chronische Blasenentzündungen ein, namentlich bei Cystitiden der Prostatiker und bei Cystitis calculosa. Allerdings kommt man in solchen Fällen ohne entsprechende lokale Eingriffe nicht aus, wohl aber unterstützt das Hexal wesentlich die topische Behandlung. Diese überaus günstigen Resultate berechtigen Verfasser zu dem Schlusse, daß das Hexal den bisher bekannten Blasenantiseptica überlegen ist. Die Vorzüge lassen sich kurz folgendermaßen zusammenfassen: 1. Starke sedative Wirkung, bedingt durch Sulfosalizylsäure. 2. Energetische bakterizide Wirkung, bedingt durch Formaldehyd plus Sulfosalizylsäure. Beide Antiseptica verleihen dem Urin eine so hohe antiseptische Kraft, daß er imstande ist, die Entwicklung sämtlicher Bakterien, auch der widerstandsfähigen, zu hemmen. 3. Deutliche, adstringierende Wirkung, bedingt durch Einführen der Sulfogruppe in das Molekül der Salizylsäure. Die Sulfosalizylsäure fällt Eiweiß und bewirkt auf der hyperämischen Blasenschleimhaut eine Kontraktion der Gefäße. — Auch dadurch unterscheidet sich Hexal von den anderen Blasenmitteln, daß es geruchlos ist und einen so angenehmen zitronenähnlichen Geschmack besitzt, daß es ohne jeden Zusatz eines geschmackverbessernden Mittels von den Patienten überaus gern genommen wird. Was die Verträglichkeit anbelangt, so hat Verfasser nicht in einem einzigen Falle Klagen vernommen. Das Hexal wurde von einem Prostatiker und von einem Patienten mit chronischer Cystitis wochenlang ohne jeden Nachteil genommen. Aus den vorstehend mitgeteilten Beobachtungen ergeben sich folgende Indikationen für die Anwendung des Hexals: 1. Blasenentzündungen, akute und chronische, gleichgültig welchen Ursprunges; 2. gonorrhoeische Entzündung des hinteren Teiles der Harnröhre, um die Infektion der Blase zu verhüten; 3. bakterielle Erkrankungen der

Harnwege, also Pyelitis und Pyelonephritis; 4. harnsaure Diathese, harnsaure Ablagerungen in den Nieren und der Blase.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 36.)

Ekzem.

Akute Nephritis nach impetiginösem Ekzem. Von R. Halberstadt. Es handelt sich um ein zehnjähriges Mädchen, das im Anschluß an ein impetiginöses Ekzem eine hämorrhagische Nephritis bekam, die durch einen urämischen Anfall eingeleitet wurde. Alle Symptome wurden in sehr kurzer Zeit geringer, um jedoch nach einer Influenzaattacke in alter Stärke zurückzukehren. Mit dem Abheilen der Influenza nahmen sie ab und wurden noch einmal intensiver, als eine fieberhafte Herzaffektion hinzutrat. Auch diese heilte ebenso wie die Nephritis in einigen Wochen ab, und zwar dauernd.

(Monatsschrift für Kinderheilkunde 1912 Nr. 10.)

Die Pathogenese und Therapie des Gesichtsekzems der Kinder. Von Prof. F. Göppert (Göttingen). Nach Czerny hat man es mit einer exsudativen Diathese zu tun, die sich äußert in einer Neigung zu chronischen und rezidivierenden Entzündungen der Häute und Schleimhäute, wozu dann noch äußere Momente treten. Es ist dem schon früh beim Säugling durch Ernährung und Pflege vorzubeugen. Reichliche Talgschüppchen am Kopf, Intertrigo an den Nates machen frühzeitig aufmerksam. Dann folgen Schwellung der Nackendrüsen und Schnupfen. Aber schon von der Mitte des 2. Lebensjahres ab tritt Neigung zu spontanem Heilen des Ekzems ein. Das wesentlichste Prinzip bei der Therapie ist die „Schonungsdiät“. Eine Probe ist folgende für 1½—2jährige Kinder: 7 Uhr morgens: ½ Tasse Milch mit Malzkaffee oder Quark ohne Butter, rohes Obst ohne Zucker. 10 Uhr: Schnitte mit Mettwurst oder Quark ohne Butter, wieder Obst. 1 Uhr: Suppe, Kartoffelbrei, Gemüse, 30,0—50,0 g Fleisch, möglichst ohne Sauce. 4 Uhr: Muschnitte oder wie 1 Uhr. 7 Uhr: Belegte Schnitte, Obst, Kartoffelbrei, Gemüse, ein- bis zweimal wöchentlich Milchspeise. Endlich zwei bis drei Teelöffel Lebertran pro die. Auch zur Abwechslung eine Zeit lang fette Milch statt Brot und Mehlsuppen. Dazu Luft-Lichttherapie, Vorsicht mit Wasserbehandlung, endlich Seeluft und Gebirgsluft. Lokal werden gerühmt essigsäure Tonerdeumschläge, Vaseline bei Borken, auch 10% essigsäure Tonerdesalbe:

Liq. Alumin. acet.	10,0
Adip. lanæ	30,0
Vasel. flav. ad	100,0

Dann Tupfen der Ekzeme mit 3% Arg. nitric. - Lösung und Puder. Auch Schleich'sche Wundpasten haben sich bewährt.

Das Jucken stillend sind 3—4% Salben von Kalium sulfuratum mit Oleum Cadini:

Kalii sulfur.	
Ol. Cadini	āā 1,0—2,0
Lapidis pumicis	5,0
Vasel. flav. ad	50,0

(Archiv für Augenheilkunde Bd. 71, Heft 4. —
Wochenschrift f. Ther. u. Hygiene des Auges 1912 Nr. 48.)

Gegen **Nagelekezem** empfiehlt Prof. Dr. J. Heller (Berlin) folgende Behandlung: Im subakuten und chronischen Stadium ist Teerbehandlung einzuleiten. Darauf heiße Bäder (mit Seife- oder Sodazusatz), und schließlich bepinsele man die Nagelplatten und die ganze Nagelphalanx mit folgender Komposition:

Rp.	Anthrasol	10—20,0
	Acid. salicylic.	5,0
	Ol. oliv.	25,0

(Handbuch der Kosmetik 1912 S. 616.)

Ekzem.

Bei **Ekzema tyloiticum** verordnet Th. Veiel:

Rp.	Boracis	10,0
	Acid. salicyl.	1,0
	Aq. dest.	ad 1000,0

S. Zu Umschlägen.

(Festschrift für Lesser 1912.)

Erysipelas.

Zur Therapie des Erysipels. Von Dr. F. Kraemer in Frankfurt a. M. Verfasser hat in zwei Fällen von Kollargolklysmen sehr guten Erfolg erzielt. Der erste Fall betraf eine 34jährige Dame, die mit Schüttelfrost und einer Temperatur von 41°, gleichzeitig mit Leibschmerzen erkrankte und, da dieselbe gerade die Menses hatte, man am ersten Tage an eine entzündliche Affektion der Unterleibsorgane denken mußte. Am Nachmittag Wiederholung des Schüttelfrostes mit gleich hoher Temperatur, am nächsten Vormittag ebenfalls mit 41,4°, Bewußtlosigkeit, zirka 160 Pulsschläge, aber lokal neben dem rechten Nasenflügel eine teigige, stark gerötete Anschwellung. Sofort ein Kollargolklysma von 1,25, nachmittags 1 Uhr Allgemeinbefinden besser, gegen 4 Uhr nochmals Schüttelfrost mit maximaler Temperatur von 39,3°, gegen Abend zweites Kollargolklysma von 1,25 — keine Schüttelfröste mehr, noch drei Tage Fortsetzung der Kollargoltherapie. Bereits vom dritten Tage vom Beginn der Kollargoltherapie normale Fieberkurve, der die Pulsfrequenz erst

nach mehreren Tagen folgte. Lokal wurde noch an der Grenze der erysipelatösen Röte Ichthyolkollodium (10%) und auf die geröteten Stellen selbst mehrmals täglich der Chlumsky'sche Karbolkampferalkohol aufgespritzt. Der andere Fall betraf einen sehr schwer an Kopferysipel erkrankten Kollegen, der zu Beginn seiner Erkrankung mit Streptokokkenserum, lokal mit essigsaurem Tonerde-, ferner Spiritusumschlägen, an der Grenze der erysipelatösen Stellen mit Ichthyolkollodium usf. behandelt wurde, ohne daß während zirka drei Wochen die Temperatur von meist zirka 39,5° bis 39,8° eine nennenswerte Remission aufwies. In den letzten fünf Tagen traten außerdem häufige Schüttelfröste ein mit plötzlichem Temperaturabfall auf 37° und ebenso raschem Anstieg auf nahezu 40°. Etwa zwei Tage vor dem definitiven Abfall der Temperatur setzte die Kollargoltherapie ebenfalls in Form von zweimal täglich ein Klysma von 1,0 Kollargol ein, auch mit dem Erfolg, daß die stets auftretenden Lokalrezidive sowie die Tendenz, nach dem Rücken fortzuschreiten, sistierten. In beiden Fällen beobachtete Verfasser ganz objektiv mit Einsetzen der Kollargoltherapie fast unmittelbar anschließend günstige Wirkung, im ersten Falle anscheinend geradezu abortiv, im zweiten Falle hatte das Mittel geradezu lebensrettend gewirkt. (Münch. med. Wochenschrift 1911 Nr. 47.)

Gonorrhoe.

Airol ist nach Dr. F. v. Herrenschwand imstande, noch in einer Konzentration von 0,1 : 1000 die Gonokokken vollständig in ihrer Entwicklung zu hemmen; seine desinfektorische Wirkung wird bei Gegenwart von Chlornatrium und Eiweißkörpern um ein bedeutendes erhöht, im Gegensatz zu den Silbersalzen, die bei Anwesenheit der beiden oben genannten Körper an Wirkungskraft verlieren. Das Airol ist unter solchen Bedingungen fähig, schon nach einer halben Stunde in einer Konzentration von 1 : 1000 die Gonokokken vollständig abzutöten, bzw. in einer Konzentration von 0,1 : 1000 eine starke Keimverminderung hervorzurufen. Es vermag auch eine ausgesprochene Fern- und Tiefenwirkung auszuüben, so daß 1,2—2 cm neben dem Desinfiziens und 0,5 cm in der Tiefe in vitro ein Wachstum nicht stattfindet. Neben der austrocknenden Wirkung des Wismuts, der adstringierenden der Gallussäure ist es in erster Linie das in statu nascendi freiwerdende Jod, das die Mikroorganismen, im vorliegenden Falle die Gonokokken abtötet oder in ihrer Entwicklung hemmt. In seinen Berichten über die therapeutischen Erfolge mit Airol hat Bernheimer die Vermutung ausgesprochen, daß diese günstigen Erfolge wahrscheinlich auf das lange Verweilen des Airols im Konjunktivalsack zurückzuführen seien. Das Airol wirke dann

wahrscheinlich durch fortwährendes Abspalten von Jod auf die Gonokokken durch einen längeren Zeitraum als andere Desinfizientien. Diese Vermutung fand hiermit ihre experimentelle Bestätigung. Das Airol wirkt äußerst fördernd auf die Phagozytose bei gleichzeitiger Schädigung der Gonokokken in ihrem Wachstum. Während die Silbersalze bei Gegenwart von Eiweiß und Chlornatrium an Wirkung einbüßen und überdies die Phagozytose schädigen, gewinnt das Airol bei Anwesenheit von Chlornatrium und Eiweiß — die auch in der Tränenflüssigkeit enthalten sind — an desinfektorischer Wirkung, ohne dabei die Phagozytose zu schädigen. Es findet vielmehr eine bedeutende Steigerung der letzteren statt. Die experimentelle Untersuchung ergibt also eine Bestätigung der günstigen klinischen Erfolge der durch Prof. Bernheimer in der k. k. Universitätsaugenklinik zu Innsbruck eingeführten Airolbehandlung der Gonoblennorrhoe.

(Gräfe's Archiv 82, 2. —

Deutsche Mediz.-Zeitung 1912 Nr. 39.)

Die Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica mit Gonokokkenvakzine (Arthigon). Von Oberarzt Dr. N. Butean (Garnison-Hospital Nr. 17 in Budapest). Bei seinen Untersuchungen über die Wirkung der Vakzinebehandlung bei gonorrhoeischen Nebenhodenentzündungen beobachtete Verfasser größtenteils Bruck's Prinzipien und benützte das nach seiner Anweisung in der Berliner Schering'schen Fabrik hergestellte Gonokokkenvakzine „Arthigon“. Um den Erfolg nicht zu beeinflussen, wurde außer Hochlagerung der Hoden, bzw. Tragen von Suspensorium jede andere — die Heilung der Epididymitis eventuell fördernde — Ordination ausgeschlossen. Während des akuten fieberhaften Stadiums wie auch am Tage der Injektion bis zum Ausbleiben des Fiebers blieben die Kranken im Bette, sonst gingen sie mit oder ohne Suspensorium herum und wurden im subakuten Stadium einer — wohl sehr vorsichtigen — lokalen Behandlung der Urethra unterworfen. Die Injektionen machte Verfasser bei allen 30 zu diesem Zwecke ausgewählten Patienten intraglutäal. Da es sich um Versuche bzw. Beobachtungen handelte, machte Verfasser — im Gegensatze zu den Anweisungen von Bruck und vielleicht in Kollision mit den Regeln der aktiven Immunisierung — auch bei fieberhaften Kranken Injektionen, natürlich mit sehr kleinen „Versuchsdosen“ beginnend und nach der Größe und Qualität der ausgelösten Reaktion die Größe der Dosis und den Zeitraum der folgenden Injektionen regulierend. Die Wirkung erwies sich als ausgezeichnet. Schon denselben Abend, spätestens am zweiten oder dritten Morgen hörten die peinlichen spontanen Schmerzen auf, die Nebenhoden waren nur mehr auf

Druck schmerzhaft bzw. empfindlich, und das Fieber, welches trotz der kleinen Gaben manchmal zu gefährlicher Höhe stieg, sank schon den anderen oder dritten Tag unter die Temperaturhöhe vor der Injektion oder gar zur normalen Temperatur. Infolge der im Zeitraume von drei bis vier Tagen wiederholten Injektionen stellte sich dann in kurzer Zeit eine im klinischen Sinne genommene vollkommene oder beinahe vollkommene Restitution ein. Auch bei den in fieberloser Periode injizierten Kranken genügte meistens eine Injektion zum Erlöschen der spontanen Schmerzen, zwei bis drei Injektionen zum Aufhören der Druckempfindlichkeit. Die Nebenhodengeschwulst zeigt schon in den auf die erste Injektion folgenden Tagen wesentliche Verkleinerung ($\frac{1}{3}$), während der folgenden Injektionen (zwei bis vier bis sechs bis acht) verschwindet sie entweder gänzlich oder — was auch ziemlich häufig vorkommt — es bleibt im Schwanze des Nebenhodens ein erbsen- bis bohngroßer, muskel- oder knorpelharter Knoten zurück. Im behandelten Nebenhoden trat nur in einem Falle Rezidiv auf, aber Verfasser sah öfters — infolge einer Injektion oder davon unabhängig, während der Behandlung oder nach Beendigung der Kur — Nebenhodenentzündung der anderen Seite auftreten. In einem Falle traten im Gefolge der Injektion in beiden Unterarmen und in den Handgelenken sechs Tage dauernde heftige Schmerzen (ohne nachweisbare Schwellung) auf. Der Rückgang dieser Gelenkschmerzen fällt auf die Zeit des Herabsinkens der durch die Injektion hervorgerufenen Temperaturerhöhung zur Norm. Auffallend ist die Wirkung auch bei Funiculitis. Die Schmerzen erlöschen schon meistens nach der ersten Injektion, die Schwellung, Verdickung geht in den meisten Fällen schon nach der zweiten bis vierten Injektion zurück. In keinem Falle zeigten sich während der Behandlung besondere peritoneale Reizerscheinungen oder später Rezidive, und Verfasser hält die Vakzinebehandlung auch bei mit Funiculitis komplizierten Epididymitiden für empfehlenswert. In manchen Fällen treten einige Stunden nach der Injektion im Beginne oder am Höhepunkte des Fiebers in dem anscheinend gesunden Nebenhoden oder Funiculus oder in allen beiden ein Hitzegefühl, ein ziehender oder pulsierender Schmerz auf, zu welchem subjektiven öfter auch ein objektiver Befund — die verschiedenen Grade der akuten Entzündung — hinzukommt („subjektive“ oder „objektive Herdreaktion“). Am auffallendsten ist die Wirkung der Vakzinebehandlung in frischen Fällen mit ausgeprägten Symptomen oder in subakuten Fällen mit Herdreaktion. Je zeitlicher wir mit den Injektionen beginnen, um so kleiner ist die gesamte Verbrauchsmenge des Arthigons und um so sicherer und binnen kürzerer Zeit erreichen wir die gewünschte Restitution im klinischen Sinne. Bei Indurationen des Nebenhodens, welche Residuen alter Entzündungen bilden,

hat sie keine oder nur belanglose Wirkung. Auf die Urethritis selbst zeigt die Arthigonbehandlung kaum eine Wirkung. In vielen Fällen fallen wohl die Abnahme oder das völlige Nachlassen (in vielen Fällen bloß vorübergehend) des Ausflusses, die Abnahme des Harndranges bei Urethritis post. acuta an dem der Injektion folgenden Tage auf, doch auch in jenen Fällen, in welchen der Ausfluß sistierte, konnte Verfasser im durch provokatorische Instillationen gewonnenen Sekrete selbst nach Wochen mikroskopisch Gonokokken nachweisen. In anderen Fällen sah Verfasser eben entgegengesetzte Wirkung, die Arthigoninjektion wirkte nämlich als provokatives Mittel: der erloschene oder nur geringfügige schleimige Ausfluß begann von neuem mit voller Kraft, in anderen Fällen trat $\frac{1}{2}$ —1 Tag anhaltender Harndrang auf. An der Stelle der Injektion treten nach jeder Injektion, gleich nachher oder nur nach zwei bis drei Stunden Schmerzen auf, welche bei den Intraglutäalinjektionen auch in den Fuß oder in die Lumbalgegend der entsprechenden Seite ausstrahlen können und der Empfindlichkeit des Kranken, der gewählten Injektionsstelle sowie der Größe der Dosis entsprechend von verschiedener Stärke und Dauer (sechs bis zwölf Stunden, ein bis drei Tage), jedoch in keinem Falle unerträglich sind. An der Injektionsstelle bleibt kein Infiltrat zurück. Unangenehme Nebenwirkungen entstehen selten. Verhältnismäßig sind Kopfschmerzen am häufigsten, seltener tritt Frösteln auf, noch seltener — nur ausnahmsweise — ein Depressionsgefühl, Herzklopfen oder eventuell am Tage der Injektion einige Stunden hindurch dauernde Phosphaturie. Fast nach jeder Injektion zeigt sich Fieber, welches der Größe der Dosis, der Zahl der schon gegebenen Injektionen, dem Grade der Entzündung und der Reaktionsfähigkeit des Kranken entsprechend von verschiedener Höhe und Dauer sein kann. Bei schon vorher fieberhaften Kranken ruft schon die „Dosis refracta“ hohes Fieber hervor. Unter den Kranken, die am Tage der Injektion fieberlos sind, reagieren am meisten diejenigen, bei denen eine Herdreaktion eintritt, dann diejenigen, denen die Injektion gleich am Tage des Eintrittes der normalen Temperatur gegeben wird, besonders dann, wenn man unmittelbar nach Ablauf der durch eine vorhergehende Injektion verursachten Reaktion dieselbe oder die doppelte Dosis injiziert. Das Fieber zeigt sich am selben Tage binnen einigen Stunden nach der Injektion und erreicht, stündlich mit $0,1$ — $0,5^{\circ}$ ansteigend, in sechs bis acht bis zehn Stunden das Maximum; sodann sinkt es um $0,1$ — $0,2^{\circ}$ oder in noch größerem Falle, und am Morgen oder Vormittag des nächsten Tages erreicht es die normale Höhe. Es gibt aber auch zwei bis drei Tage lang dauernde, lytisch absinkende Temperatursteigerungen; in diesen Fällen ist es ratsam, entweder die Dosis zu verkleinern oder höchstens nach einer fieberlosen Periode

von drei bis vier Tagen dieselbe Dosis zu wiederholen. Der Zustand des Kranken, die Größe und Dauer der durch die vorhergehende Injektion hervorgerufenen Reaktion dienen zur Bestimmung der Dosis und des Intervalls der einzelnen Injektionen. Eine Regel von allgemeiner Gültigkeit kann nicht aufgestellt werden. Man muß jedoch vor Augen halten, daß die Behandlung im fieberhaften Zustande der Epididymitis mit kleinen Dosen, welche der Fieberhöhe angemessen sind (also 0,05—0,1—0,2 ccm), anfängt, und sodann, der hervorgerufenen Reaktion entsprechend, in Intervallen von zwei bis vier Tagen mit derselben oder doppelten Dosis fortgesetzt wird. Bei schon fieberlosen Kranken kann man ohne Zögern mit 0,5 ccm anfangen und dann die Behandlung, der Größe und Dauer der hervorgerufenen Temperatursteigerung und dem Zustande des Kranken entsprechend, mit ansteigenden Dosen (0,5, 1,0, 1,5, 2,0 etc.) in Intervallen von zwei bis vier Tagen fortsetzen. Im allgemeinen gesagt, ist streng zu individualisieren, und es scheint gerade, um die Reaktionsfähigkeit, Empfindlichkeit des Kranken dem Arthigon gegenüber erkennen zu können, empfehlenswert, als erste Injektion („Probeinjektion“) nur eine kleinere Dosis Arthigon zu verwenden.

Zusammenfassung: Die Vakzinetherapie ist seit der fabrikmäßigen Herstellung der Vakzine sowie mit der Feststellung des Anwendungsvorganges, wobei die durch Injektion hervorgerufene, in Temperaturerhöhung bestehende Reaktion zur Regelung der Dosen hinreicht, sehr vereinfacht und auch in der Hand des praktischen Arztes zur Behandlung geeignet. Die Versuche, welche mit fertigem, fabrikmäßig hergestellter Vakzine (Arthigon) bei gonorrhöischer Nebenhodenentzündung zu therapeutischen Zwecken vorgenommen wurden, ergaben ein befriedigendes, ja sogar vorzügliches Resultat. Die subjektiven und objektiven Erscheinungen der akuten Entzündung traten innerhalb kurzer Zeit in den Hintergrund, das Infiltrat des Nebenhodens gelangte unter Einwirkung dieser spezifischen Therapie verhältnismäßig rascher und vollkommener zur Aufsaugung als bei den älteren Behandlungsmethoden. Die Resultate sind um so besser, je früher die Behandlung beim Auftreten einer Entzündung einsetzt, und für dieselbe sind sowohl die fieberhaften als auch die durch Samenstrangentzündung komplizierten Fälle geeignet. Nach Ablauf der akuten, mit Fieber einhergehenden Erscheinungen kann auch die lokale Behandlung der vorderen und hinteren Harnröhrenabschnitte begonnen werden, wobei die Vakzination ambulant fortgesetzt werden kann. Es müssen jedoch die Patienten angewiesen werden, daß sie den Zeitraum des Reaktionsfiebers möglichst im Bette verbringen und täglich mindestens drei Messungen der Körpertemperatur vornehmen, um uns über die Steigerung und über das Herabsinken derselben zur Norm zu orientieren. Im Anschlusse an die

Injektionen können auch Entzündung der anderseitigen Nebenhoden oder anderweitige, auf eine allgemeine Infektion deutende gonorrhoeische Metastasen auftreten; dieselben heilen aber bei weiterer Vakzinetherapie verhältnismäßig rasch und ohne Hinterlassung funktioneller Störungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Helminthiasis.

Eine **Bandwurmkur**, die ihm noch nie versagt hat, beschreibt Dr. A. R i e d e l (Rothenburg a. T.): Am Abend vor der Kur einen Hering; am anderen Morgen 8 Uhr die eine, um 9 Uhr die zweite Hälfte nachfolgender Latwerge:

Rp. Extract. Flicis maris aether. recenter parat.

Pulv. radic. Filicis maris āā 7,5

M. f. c. melle depur. qu. s. electuarium

S.: Bandwurmmittel.

Um 11 Uhr dann zwei Eßlöffel Rizinusöl in heißem schwarzen Tee. (Heißer schwarzer Tee ist überhaupt das geeignetste Vehikel für Rizinusöl.)

(Ars Medici 1912 Nr. 8.)

Beitrag zur Frage der Bedeutung der Oxyuren bei der Wurmfortsatzentzündung der Kinder. Von R h e i n d o r f. (Aus der Pathologisch - anatomischen Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses zu Berlin.) Bei der Untersuchung von 13 Wurmfortsätzen, die sämtlich von Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren stammten und die an akuter Wurmfortsatzentzündung erkrankt waren, konnte R. in sechs Fällen, d. i. in 47,6%, Oxyuren in der Appendix nachweisen. Dieser immerhin etwas auffallende Befund veranlaßte ihn, auf die alte, immer noch strittige Frage der Beziehung der Oxyuren zur Wurmfortsatzentzündung, und zwar speziell beim Kinde, etwas näher einzugehen. Da bei drei von den untersuchten Wurmfortsätzen aus äußeren Gründen nicht besonders nach Oxyuren gesucht wurde, so erhöhte sich der Prozentsatz eigentlich auf 62. Daß R. verallgemeinernd die Appendizitis der Kinder nicht als Wurmappendizitis deuten will, braucht man wohl nicht besonders hervorzuheben. Wir müssen eben nicht nach der, sondern nach den Ursachen der Appendizitis suchen. Aber daß bei ihr die Helminthen möglicherweise eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen können, dafür spricht das von R. vorgebrachte Tatsachenmaterial und fordert direkt dazu auf, diese Frage auch weiter noch einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Möglicherweise sind es besonders die äußerlich wenig veränderten Wurmfortsätze, in denen häufig Oxyuren gefunden werden. Es wird das vielleicht auch das Gute haben, daß man den Oxyuren eine größere Beachtung in der

Praxis zukommen läßt. R. hat nämlich den Eindruck, daß das nicht überall in der nötigen Weise geschieht.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 10/11.)

Mumps.

Mumps der Sublingualdrüse. Von Hegler. An Hand eines vorgestellten Falles berichtet der Vortragende über ein eigenartiges, in letzter Zeit anscheinend gehäuft auftretendes Krankheitsbild, das man als „Mumps der Sublingualdrüse“ oder Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica bezeichnen könnte. Seit Ende Januar dieses Jahres, also im Zeitraum von vier Wochen, wurde bei acht Patientinnen in jüngerem und mittlerem Lebensalter (worunter sich sieben Schwestern des Eppendorfer Krankenhauses befanden) folgendes Krankheitsbild beobachtet: Ohne daß sonstige Erkrankungen (Schnupfen, Angina, Parotitis, Zahnschmerzen oder anderes) vorangegangen waren, trat ganz akut eine Schwellung der Regio submentalis auf, die Haut daselbst wurde stark gespannt, glänzend, schmerzhaft und nach Art eines Doppelkinns vorgewölbt. Der Unterkiefer selbst, sowie Zähne und Zunge boten niemals irgend welchen pathologischen Befund; meist bestand starke Salivation, die nur in einem Falle ganz vermißt wurde; der dabei sezernierte Speichel war dünnflüssig und enthielt mikroskopisch reichlich Plattenepithelzellen, spärliche Leukozyten. In mehreren Fällen war die Gegend der Caruncula und Plica sublingualis stark gerötet und ödematös; in dem vorgestellten achten Fall war im Ausführungsgang ein weißliches Gerinnsel (Fibrin?) zu bemerken. Hier bestand gleichzeitig eine schmerzhaft Anschwellung der rechten Submaxillardrüse, während in allen anderen Fällen ausschließlich die Sublingualis befallen war und alle übrigen Speicheldrüsen von Anfang bis zu Ende frei blieben. Auch konnte in keinem der acht Fälle eine Mitbeteiligung oder Nacherkrankung anderer Drüsen (Pankreas, Mamma, Ovarien, Tränendrüsen) bemerkt werden. Die Temperatur war entweder nicht oder nur anfangs leicht erhöht (Maximum 38,4); die subjektiven Beschwerden bestanden in kontinuierlichem, nicht paroxysmal exazerbierendem, schmerzhaftem Gefühl von Spannung der betreffenden Gegend der Haut bzw. des Bodens der Mundhöhle, außerdem wurden häufig zu Beginn der Erkrankung Kopf- und Gliederschmerzen, Schwindel, Mattigkeit geklagt. Der Untersuchungsbefund an den übrigen Organen war durchweg völlig negativ, der Urin stets frei von pathologischen Bestandteilen, die Leukozytenzahl normal bzw. leicht erhöht, im letzten Falle ergab die Aufzählung der Leukozyten eine Zunahme der einkernigen Elemente bis zu 40%. Irgend welches ätiologisch in Betracht kommendes Moment (äußere Verletzung, Nahrung, Medikamente, Xerostoma oder a. m.) war nicht nachzuweisen; insbesondere bestand

keinerlei Zusammenhang mit Mumps-Erkrankungen. Auch wurden letztere bei den von den erkrankten Schwestern (die ihren Dienst während der Erkrankung weiter versehen hatten) gepflegten Kranken nicht beobachtet. Bei dem auffällig gehäuften Auftreten der beschriebenen eigenartigen Erkrankungsform liegt die Wahrscheinlichkeit einer epidemischen kontagiösen Erkrankungsform zum mindesten sehr nahe; als Inkubationszeit wäre auf Grund einiger Beobachtungen eine Frist von zwei bis vier Tagen anzunehmen. Sämtliche Fälle gingen bei rein symptomatischer Therapie nach 8—14 Tagen (einer schon nach drei Tagen) in völlige Genesung über. (Aerztl. Verein in Hamburg 27. Februar 1912.)

Pertussis.

Zur Therapie des Keuchhustens. Von F. Rosenfeld (Stuttgart). R. hat seit drei Jahren eine große Anzahl keuchhustenkranker Kinder mit einem Mittel behandelt, das in der Literatur nicht angeführt ist. Es hat das Mittel kaum je versagt. Fast jeder Keuchhustenfall, der zumeist im Stadium convulsivum in Behandlung trat, hatte nach 8—14 Tagen keinen Anfall bei Nacht mehr und nur noch zwei bis vier bei Tage. Das Mittel ist das Natriumsalz des Veronals, das Medinal, oder für die Kassenpraxis das Natrium diaethylarbituricum, das vor dem Veronal den Vorzug der Wasserlöslichkeit und des besseren Geschmacks hat. R. verschreibt es je nach dem Alter des Kindes als Medinal 0,1—0,15—0,2 pro dosi in Aqua destillata. Als Expectorans und Corrigens setzt er Elixir e succo liquiritiae bei und fügt oft noch Antipyrin zu. Bei der Menge des Medinals richtet er sich nach der Lewin'schen Formel:

$$D. (Dosis) = \frac{\text{Anzahl der Jahre}}{\text{Anzahl der Jahre} + 12}$$

so daß das Rezept für ein zweijähriges Kind lauten würde: $D = \frac{2}{14} = \frac{1}{7}$ der Dosis des Erwachsenen. Für einen Erwachsenen rechnet man pro dosi 0,5 Medinal, also

Rp. Medinali 0,7
Antipyrini 0,7
Aqua destill. 80,0
Elix. e succo liquirit. ad 100,0

MD. mit Meßglas. S. 2—4mal täglich 10 g.

Mit der Dosis des Medinals soll man ruhig an die obere Grenze gehen, ja man kann im Bedarfsfall, allerdings nur bei Aufmerksamkeit der Mutter, steigern. Die Hauptsache ist, daß die Kinder, die meistens auf das Mittel schläfrig oder matt werden, nicht oder so wenig wie möglich husten, und das kann man erreichen. Die Besserung setzt erst vom 3.—4. Tage ab ein. Besteht neben dem Keuch-

husten noch eine heftige Bronchitis und genügt das Elixirium e succo liquiritiae nicht, so ist es erforderlich, entweder Emser Salz oder ein Decoctum radice Senegae zu geben. In der großen Mehrzahl der Fälle bessert sich aber die Bronchitis mit dem Abnehmen des Hustenreizes. Bei Säuglingen im ersten Jahre ist das Mittel kontraindiziert. Bei Kindern, die das erste Lebensjahr überschritten haben, wirkt das Medinal heilend und abkürzend und dadurch die Infektionsgefahr verringernd. (Berliner klin. Wochenschrift 1911 Nr. 37.)

Pleuritis.

Ueber die diagnostische Bedeutung des „Signe du sou“ bei pleuritischen Exsudaten. Von B. M. Slatow er ch ow - n i k o w (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Kiew). Autor schreibt: „Im Jahre 1898 hat Prof. P i t r e s in der Zeitschrift „Archives cliniques de Bordeaux“ in dem Aufsatz „Les signes physiques des épanchements pleureux“ seine Beobachtungen über ein Symptom veröffentlicht, das bei einigen Erkrankungen der Lungen und der Pleura beobachtet wird und das er als „Signe du sou“ bezeichnet hat. Dieses Symptom wird folgendermaßen festgestellt: Der Assistent drückt fest an den Brustkorb der zu untersuchenden Person eine Kupfermünze und perkutiert an dieser mit einer anderen Kupfermünze, während der Untersuchende unmittelbar mit dem Ohre in demselben Niveau der entgegengesetzten Seite des Brustkorbes auskultiert, nachdem er das freie Ohr zuvor mit dem Finger verstopft hat. Man beobachtet hierbei folgende akustische Erscheinungen. Wenn zwischen den Punkten der Perkussion und der Auskultation eine Schicht von spongiösem oder alveolärem Gewebe liegt, so wird der Schall gedämpft und ohne jeden metallischen Beiklang übermittelt. Wenn aber zwischen dem Auskultations- und dem Perkussionspunkt eine mit Gasen gefüllte Höhle liegt, so wird der Schall verstärkt, mit hohem Beiklang übermittelt. Wenn sich zwischen dem Auskultations- und Perkussionspunkt eine homogene Substanz, eine harte oder flüssige, befindet, so wird der Schall mit deutlichem metallischen Beiklang übermittelt. Wenn zwischen dem Auskultations- und Perkussionspunkt heterogenes Gewebe liegt, beispielsweise alveoläres und flüssiges, so wird der Schall gedämpft, ohne metallischen Beiklang übermittelt. Das Symptom gilt als positiv, wenn der Schall mit deutlichem metallischen Beiklang, und als negativ, wenn er gedämpft übermittelt wird. Wenn man die Angaben der Literatur über die in Rede stehende Frage studiert, so sieht man, daß dies Symptom hauptsächlich in der Kinderpraxis Anwendung fand. Das ist auch durchaus erklärlich. Bei der Mehrzahl der Kinder sind wir nicht in der Lage, ein so wichtiges Symptom wie den Pektoralfremitus zu verwerten, während in manchen Fällen die Perkussion, die Aus-

kultation und die äußere Besichtigung des Brustkorbes zur Feststellung des Charakters der Erkrankung unzureichend sind. Auf Vorschlag meines hochverehrten Lehrers, Prof. K. E. Wagner, habe ich am Material seiner Klinik dieses Symptom systematisch studiert und mit den Ergebnissen der Perkussion und der Untersuchung des Pektoralfremitus verglichen. Außerdem habe ich geprüft, ob es vielleicht mit Hilfe dieses Symptoms möglich wäre, das Vorhandensein von Flüssigkeit in der Bauchhöhle und die Höhe ihres Standes festzustellen. Ursprünglich verfuhr ich nach den Vorschlägen von Prof. Pitres, d. h. ich ließ einen Kollegen am Brustkorbe in der Richtung von oben nach unten perkutieren, während ich selbst an der entgegengesetzten Seite in derselben Höhe auskultierte. Später fand ich aber, daß es bequemer ist, an der Stelle der absoluten Dämpfung perkutieren zu lassen, ohne die Lage der Münze zu verändern, während die Auskultation nach wie vor in der Richtung von oben nach unten geübt wird: dann ist es sehr leicht, den Uebergang des dumpfen Schalles in hellen Metallklang aufzufangen. Außerdem kann bei diesem Modus der Assistent durch einen anderen Kranken oder durch einen Wärter ersetzt werden. Zu meinen Beobachtungen bediente ich mich auch des Apparates von Privatdozent N. N. Philippow und fand, daß dieser sehr bequem ist und bei Vorhandensein von Exsudaten deutliche Schalländerungen ergibt. Da ich mit meiner Arbeit bezweckte, die Resultate bei der Bestimmung der Exsudathöhe durch Perkussion, durch Untersuchung des Pektoralfremitus und mit Hilfe des *Signe du sou* miteinander zu vergleichen, so wurde bei allen Kranken eine Probepunktion gemacht, und zwar in der Höhe des Ueberganges des dumpfen Schalles in hellen Metallklang. Ich perkutierte in der üblichen Weise mittels Hammer am Plessimeter; die Bestimmung des Flüssigkeitsstandes nach dem Pektoralfremitus machte ich nach der lineären Methode, d. h. ich legte den Handteller nicht flach, sondern mit der Kante ab. Von den 48 von mir untersuchten Patienten hatten 28 exsudative Pleuritis — und zwar handelte es sich bei einem Patienten um eitrige, bei einem um hämorrhagische und bei 26 um seröse — zwei adhäsive Pleuritis, zehn fibrinöse Pneumonie, einer katarrhalische, zwei Bronchiektasie, einer Tuberkulose der rechten Lungenspitze, einer miliare Tuberkulose und einer Pneumothorax, einer Tuberkulose des Peritoneums, einer atrophische Leberzirrhose. Außerdem untersuchte ich zahlreiche Personen mit gesunden Lungen. Bei Personen mit gesunden Lungen wurde *Signe du sou* kein einziges Mal erzielt. Das in Rede stehende Symptom wurde bei allen unseren mit exsudativer Pleuritis behafteten Kranken sowie auch bei einem Patienten mit Pneumothorax nachgewiesen; bei den übrigen Kranken mit Lungenentzündung, Lungentuberkulose, Bronchiektasie, adhäsiver Pleuritis blieb

das Symptom aus. Mit Rücksicht auf den beschränkten Raum kann ich hier nur auf zwei Patienten etwas ausführlicher eingehen.

Fall von adhäsiver Pleuritis. Bei dem Patienten wurden folgende Erscheinungen beobachtet: Die Temperatur war normal. Die rechte Hälfte des Brustkorbes war eingesunken und blieb bei der Respiration hinter der linken zurück. Bei der Perkussion konstatierte man vorne an der Mamillarlinie von der V. Rippe, hinten einen Quersfinger unterhalb des Angulus scapulae Dämpfung. Dislokation der benachbarten Organe war nicht vorhanden. Bei der Auskultation oberhalb des Dämpfungsgebietes hörte man stark abgeschwächtes Atemgeräusch. Der Stimmfremitus war hier gleichfalls stark abgeschwächt. *Signe du sou* fehlte. Die an vielen Stellen vorgenommene Punktion ergab keine Flüssigkeit. Es war klar, daß wir es hier nicht mit exsudativer Pleuritis, sondern mit Verdickung der Pleura und Atelektasis der adhärensten Lunge zu tun hatten.

Bei einem anderen Patienten ergab die gewöhnliche klinische Untersuchung fast identische Anhaltspunkte: wir fanden bei ihm gleichfalls die linke Seite eingesunken und bei der Respiration hinter der rechten zurückbleibend. Dislokation der benachbarten Organe war nicht vorhanden. Links ließ sich Dämpfung zwei Quersfinger unterhalb der Scapula nachweisen. Oberhalb des Dämpfungsgebietes waren Respiration und Stimmfremitus stark herabgesetzt. *Signe du sou* positiv. Die Punktion ergab seröse Flüssigkeit.

In diesen beiden Fällen konnte die richtige Diagnose fast ausschließlich an der Hand dessen gestellt werden, ob *Signe du sou* vorhanden war oder nicht. Das Vorhandensein und den Höhenstand von Flüssigkeit in der Bauchhöhle mittels des *Signe du sou* nachzuweisen, war unmöglich. Dies hängt wahrscheinlich davon ab, daß der Schall heterogene Medien passieren muß, wie sie die Flüssigkeit, die Darmwandungen und deren heterogener Inhalt darbieten. Vollständige Dämpfung und Fehlen von Stimmfremitus wurden in einer Höhe nachgewiesen, *Signe du sou* jedoch in allen Fällen ungefähr 1—1½ Quersfinger oberhalb dieser Höhe. Dabei wies der Beginn des Ueberganges vom dumpfen Schall der Münze in hellen metallischen Klang mit Genauigkeit auf den Höhestand des Exsudats hin, was in allen Fällen durch Probepunktion auch bestätigt wurde. Wir glauben somit auf Grund vorstehender Ausführungen zu dem Schlusse gelangen zu können, daß das Symptom „*Signe du sou*“ ein sehr wertvolles Symptom für die Diagnose von Exsudat in der Pleurahöhle und für die Feststellung der Grenzen desselben ist und durch seine Genauigkeit die Perkussion und die Prüfung des Stimmfremitus übertrifft. Was den Einfluß der Beschaffenheit des Exsudats auf das in Rede stehende Symptom betrifft, so wird dieses sowohl bei seröser, als auch bei eitriger Natur die Flüssigkeit wahrgenommen, worauf

schon L. J. J a s t r s c h e m b s k i hingewiesen hat. Besonderen Wert muß das in Rede stehende Symptom in denjenigen Fällen haben, in denen 1. es wegen gewisser Gründe unmöglich ist, beim Patienten Stimmfremitus zu erzeugen, beispielsweise bei bewußtlosen Kranken, bei Kräfteverfall und bei Verlust der Stimme, bei Frauen etc., und in denen 2. die Vornahme der Probepunktion unmöglich ist. Die Befunde, die mittels des *Signe du sou* erhoben werden, sind nach meinen Beobachtungen den Ergebnissen der Probepunktion sowohl in bezug auf die Feststellung von Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Flüssigkeit als auch in bezug auf die Bestimmung des Höhestandes derselben gleichwertig.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 27.)

Prostatahypertrophie.

Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Prof. Dr. L. Casper (Berlin). Für das erste Stadium, wo Katheterismus, Operationen etc. noch nicht in Betracht kommen, aber die Patienten doch manchmal ziemlich stark von Harndrang und Schmerzgefühl geplagt werden, empfiehlt Verfasser vor allem die Wärme. Er gibt folgende Ratschläge:

„Man läßt die Kranken heiße Sitzbäder (nicht Vollbäder) nehmen, deren Temperatur von 28° R. beginnend im Laufe von 20 Minuten allmählich bis zu 33, ja 35° R. gesteigert wird. Zum Bade setzt man Kamillen oder Heusamen und läßt davon täglich ein bis zwei nehmen. Der Einfluß ist ein bemerkenswert wohltätiger. Ähnlich wirken heiße Umschläge oder Thermophore auf die Blase und die Gegend des Dammes, die man bei Tag und Nacht anwenden möge. Auch Darminjektionen von heißem Öl sind sehr ratsam. Ich verordne abends Sesamöl 30 bis 50 g von 35° R. mit einer kleinen Afterspritze ins Rectum zu injizieren, und steigere die Temperatur jeden Tag um ein Geringes bis zu dem Höhepunkt, der ertragen wird. Die Oelklistiere verbleiben im Darm während der Nacht. Außer daß sie den Harndrang herabsetzen, haben sie auch eine vorteilhafte Einwirkung auf die Darmtätigkeit. Dazu kommt Regelung der Diät. Reizlose Kost, Vermeidung von Alkoholicis, scharfen und gewürzten Speisen, Sorge für warme Füße, Tragen einer Leibbinde auf der Blase pflegen zu genügen, um die Beschwerden ganz zu beseitigen oder sie auf ein minmales Maß zurückzubringen. Lokale Maßnahmen sind in diesem Stadium zu vermeiden. Katheterisieren oder sondieren, um den Blasenhalshals zu dilatieren, sind vom Uebel. Auch die so viel beliebte Prostatamassage ist nutzlos und deshalb überflüssig. Wohl aber kann es vorkommen, daß die Beschwerden sich so akzentuieren, daß man mit den geschilderten Mitteln nicht auskommt.

Diese im ersten Stadium meist vorübergehenden Reizzustände kongestiver Natur bekämpft man außer der Wärme mit *Analgetics* und *Narkotics*, am besten mit einer Kombination beider. Suppositorien von Antipyrin 1—2 g, von Pyramidon 0,3 bis 0,5 g wirken außerordentlich beruhigend auf die Blase. Noch besser ist es, die genannte Menge dieser Drogen als kleines Klistier (in zirka 20,0 heißem Wasser gelöst) in den Mastdarm zu bringen. Kommt man damit nicht aus, so gebe man Suppositorien aus Morphinum 0,015 bis 0,03 oder Pantopon 0,01 bis 0,02 oder Heroin 0,003 bis 0,01. Am vorteilhaftesten habe ich es gefunden, beide Arten von Medikamenten zu kombinieren, indem man mit der Dosis etwas herabgeht. Ich gebe gern Suppositorien oder kleine Mastdarmklistiere aus Antipyrin 1,0 bis 1,5 und Morphinum 0,01 oder Antipyrin 1,0 bis 1,5 mit 20 Tropfen Tinct. Laudan. oder Pyramidon 0,4 mit 0,01 Pantopon. Begreiflicherweise wird man mit diesen Medikationen etwas sparsam sein, um den Kranken nicht daran zu gewöhnen und Mittel in Reserve zu haben, mit denen man von Zeit zu Zeit immer wieder Linderung der Beschwerden erzielen kann.“

(Therapie der Gegenwart, September 1912.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Die Behandlung der Wehenschwäche, mit besonderer Berücksichtigung der Hypophysenextraktpräparate als Wehenmittel. Von Dr. H. Fries (Universitäts-Frauenklinik Greifswald). Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Hypophysenextraktpräparate stellen ein durchaus zuverlässiges und ungefährliches Wehenmittel dar, das in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode in allen den Fällen gute Dienste leisten wird, wo kein erhebliches Geburtshindernis und keine Indikation zur augenblicklichen Entbindung besteht.

2. In der Nachgeburtsperiode ist die Wirkung unsicher und wird bei weitem durch die auch bisher bewährten Sekalepräparate übertroffen.

3. Die Einleitung und Erledigung von Fehl- und Frühgeburten gelingt nicht, oder wenigstens nur unter Zuhilfenahme der auch bisher schon angewandten Entbindungsmethoden.

4. Die Einleitung und Durchführung der Spontangeburt am normalen Schwangerschaftsende gelingt um so besser, je näher sie dem eigentlichen Geburtstermin vorgenommen wird, bedingt aber meist gegenüber dem normalen Verlauf eine beträchtliche Verlängerung der Geburtszeit.

5. Die Präparate wirken nicht toxisch und kombinieren sich mit Herzmitteln, Morphinum und Sekalepräparaten, ohne deren Wirkung

zu beeinträchtigen. Sie werden schmerzlos vertragen und machen keine lokalen Reaktionen.

6. Die Anwendung der Hypophysenextraktpräparate und ihre Einführung in die allgemeine Praxis erscheint um so wünschenswerter, als durch sie eine ganze Reihe durchaus nicht gleichgültiger operativer Entbindungsmaßnahmen und vor allem die Ausführung von sogenannten Luxuszangen erheblich eingeschränkt werden kann.

7. Die Hypophysenextrakte haben sich uns auch nach gynäkologischen Eingriffen als Tonicum bewährt, ihre Wirkung auf den Harnapparat ist leider inkonstant.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 37.)

Friedrich Merkel berichtet über seine Erfahrungen mit Pituglandol Roche.

Eine vorzüglich wehenverstärkende Wirkung besitzt das Mittel sicher; doch sind abgesehen von mehrmaliger Wirkungslosigkeit bei Abortus, in der ersten Geburtsperiode schwere Störungen der kindlichen Herztätigkeit beobachtet worden, die es geraten sein lassen, das Mittel nur dann zur Anwendung zu bringen, wenn man die Geburt sofort zu beenden (Zange etc.) in der Lage ist. Vortragender berichtet dann über die im letzten halben Jahre erschienenen Arbeiten, besonders über die Verhandlungen in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin und stellt folgende Schlußsätze auf:

1. Pituglandol Roche ruft subkutan eingespritzt nach vier bis sechs Minuten kräftige Wehen hervor, im Intervall von zwei bis drei Minuten und bis zu 20—25 Sekunden Dauer.

2. Es ist dringend erforderlich, mit der Einspritzung zu warten, bis man die Beendigung der Entbindung vollständig in der Hand hat (sorgfältige Kontrolle der kindlichen Herztöne!).

3. Die Wirkung des Pituglandols läßt oft schon nach 15—20 Minuten nach. Die Einspritzung kann aber ohne Gefahr zwei- bis dreimal wiederholt werden.

4. Bei Steißlagen, Fußlagen besonders nach Wendung wirkt es vorzüglich.

Versuche nach Wendung bei Placenta praevia scheinen gute Resultate für lebende Kinder zu geben.

5. Eine Kombination von Pantopon mit darauffolgender Injektion von Pituglandol ist sehr zu empfehlen.

6. Die Hauptindikation zur Einspritzung von Pituglandol gibt die Wehenschwäche in der Austreibungsperiode.

7. a) Das Präparat soll nicht angewandt werden bei Abortus, zur Einleitung der Frühgeburt, in der Eröffnungs- und Nachgeburtsperiode; b) die Anwendung zur Eintreibung des Kopfes in ein ver-

engtes Becken mittelst verstärkter Wehen bedarf sehr sorgfältiger Ueberwachung.

(Aerztlicher Verein in Nürnberg, 6. Juni 1912. —
Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Pituitrinbehandlung. Darüber schreibt Dr. Voll, Bahnarzt in Furth i. W.: „Die Neuheit und Wichtigkeit der Pituitrinbehandlung läßt wohl eine kurze Beschreibung der folgenden drei Fälle zu, bei welchen sich die Pituitrinwirkung glänzend bewährt hat. 1. Fall. 21jährige Frau, I.-para, ungefähr im neunten Monat schwanger. Seit 36 Stunden ist die Geburt im Gang, fast sechs Stunden keine Wehen mehr. Kopf tief unten. Nach 1 ccm Pituitrin stellen sich im Laufe dreier Minuten schöne kräftige Wehen ein, welche nach zehn Minuten ein schwächliches Kind zur Welt bringen. 2. Fall. Sehr kräftige 21jährige I.-para. Geburt seit vier Tagen im Gang; seit fünf Stunden absolute Wehenschwäche. Kopf im Beckenausgang vollkommen zangengerecht. So verführerisch es auch war, eine Zange anzulegen, gab ich doch erst 1 ccm Pituitrin subkutan. Nach zehn Minuten stellten sich denn auch regelrechte Wehen ein, die aber nach 20 Minuten wieder ausließen. Nun verabreichte ich eine zweite Einspritzung mit dem Erfolg, daß nach 15 Minuten das starke Kind von der Frau geboren wurde ohne Dammriß. 3. Fall. 23jährige III.-para. Schon seit zwei Wochen verspürte die Frau leise ziehende Wehen; am Abend vorher begann die Geburt, welche aber wegen Wehenschwäche absolut nicht vorrückte. Als ich nach 24 Stunden gerufen wurde, stand der Kopf im Beckeneingange. Muttermund handteller groß. Obwohl nun Pituitrin am sichersten gegen das Ende der Geburt zu wirken scheint, gab ich doch eine Spritze subkutan. Nach zehn Minuten stellten sich schwache Wehen ein, welche nach und nach stärker wurden; nach einer kleinen Stunde aber setzten auch diese wieder aus. Da der Kopf nunmehr ziemlich tief getreten war, wiederholte ich die Einspritzung. Sofort setzten tüchtige Wehen ein, die nach 15 Minuten ein sehr starkes Kind zutage beförderten. Die Nachgeburt folgte in allen Fällen sehr rasch und ohne größere Blutung. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Beckenhochlagerung. Von Dr. H. H. Schmid (Prag). Die von Bumm empfohlene Beckenhochlagerung wurde an der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag bis Oktober 1911 in 15 Fällen angewendet. Die damit erzielten Resultate sind so ausgezeichnete, daß man dem Verfahren in der Geburtshilfe nur die weiteste Verbreitung wünschen kann. In den meisten Fällen (11 mal) handelte es sich um eine Wendung wegen Querlage oder wegen Arm-

resp. Nabelschnurvorfalles bei Schädellage. In allen diesen Fällen gelang die Wendung auffallend leicht; einigemal war die Ausführung derselben ohne Beckenhochlagerung versucht worden, aber unmöglich gewesen, während sie nach Herstellung der genannten Lage ohne weiteres ausführbar war, selbst wenn nur mehr ganz wenig Fruchtwasser vorhanden war. Ebenso gelang einmal auffallend leicht die Reposition des vorgefallenen Armes, so daß die Spontangeburt abgewartet werden konnte. Einmal konnte wegen schlechter kindlicher Herztöne bei einfacher Steißlage der Fuß leicht herabgeholt werden, während dies bei Tiefstand des Steißes sonst erhebliche Schwierigkeiten bereitet oder durch die noch schwierigere Extraktion am Steiß ersetzt werden muß. Andererseits wurde durch die Beckenhochlagerung die Indikationsstellung in drei Fällen erleichtert, indem bei zweien vorsichtige Wendungsversuche trotz Beckenhochlagerung fehlschlügen, so daß die Dekapitation resp. Eviszeration vorgenommen werden mußte. In dem dritten Falle sollte die bei Fußlage vorgefallene Nabelschnur reponiert werden; als dieser Versuch auch in Beckenhochlagerung erfolglos blieb, wurde ohne Zögern die Extraktion ausgeführt. Namentlich für die letztgenannten Fälle, besonders für die Erkenntnis, ob eine Wendung noch möglich sein wird oder nicht, möchte Verfasser die Beckenhochlagerung nicht missen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 34.)

Innere Untersuchung durch Hebammen. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ahlfeld (Marburg). Gegenüber der neuerdings viel vertretenen Ansicht, daß für die Hebammen künftig die Vornahme der inneren Untersuchung ganz verboten oder wenigstens erheblich eingeschränkt werden solle, erhebt Verfasser seine warnende Stimme. Seine Hauptgründe, die es rechtfertigen lassen, den Hebammen die innere Untersuchung nach wie vor zu gestatten, sind:

1. Es steht nicht fest, daß die Hebammen und deren ungenügende Händedesinfektion die Kindbettfieberfälle verschulden.
2. Die Unterlassung der inneren Untersuchung ist oft von Verderben für Mutter und Kind begleitet.
3. Die äußere Untersuchung kann die innere nicht voll ersetzen, namentlich nicht in der Hand der weniger geübten Hebamme.
4. Die innere Untersuchung ist als ein wichtiger Faktor für die Fortbildung der Hebammen nicht zu entbehren.

Der Hebamme müsse, meint Verfasser, die nötige Bewegungsfreiheit gelassen werden; ihr Stand sei auf jede Weise zu heben, deshalb müsse auch die Vornahme der inneren Untersuchung ihrem pflichtgemäßen Ermessen überlassen bleiben.

(Zeitschrift für Mediz.-Beamte 1912 Nr. 13. —

Deutsche Mediz.-Zeitung 1912 Nr. 39.)

Ist eine doppelte Unterbindung der Nabelschnur bei Entbindungen notwendig oder vorteilhaft? Von W. Möller (Universitäts-Frauenklinik zu Lund). Die Zusammenstellung gründet sich auf Beobachtungen in der Universitäts-Frauenklinik zu Lund. Sie umfaßt zwei Serien von 656 bzw. 654 Fällen, bei denen konsequent zwei prinzipiell verschiedene Methoden zur Anwendung kamen, was die Abnabelung betrifft: in der einen Serie doppelte Unterbindung mit Abschneidung zwischen den Ligaturen, in der anderen dagegen einfache Ligatur und darauf folgende Durchschneidung plazentarwärts von der Unterbindung aus. In beiden Serien ist die Abnabelung so rasch wie möglich nach der Geburt des Kindes vorgenommen worden. Im übrigen ist die Nachgeburtsperiode in derselben Weise behandelt worden. Nachdem das Kind geboren und abgenabelt worden ist, sind die Lage des Fundus und die Verhältnisse des Uterus im übrigen bestimmt und weiterhin dann und wann durch leichte Palpation durch die Bauchdecken überwacht worden. Erst nachdem die gewöhnlichen Anzeichen der Plazentalösung sich eingestellt hatten, wurde die Nachgeburt mittels leichten Druckes auf den Fundus uteri aus der Cervix-Vagina herausbefördert. Falls dies durch leichte Expression nicht glückte, wurde der Versuch der Hinausschaffung der Plazenta so lange, bis sie ohne Gewalt vor sich gehen konnte, verschoben. Forcierte Manipulationen, die eventuell den physiologischen Verlauf der Nachgeburtsperiode hätten stören können, sind demnach in den Fällen, die dieser Zusammenstellung zugrunde liegen, nicht vorgekommen. In die Untersuchungsreihen sind auch die Kunstgeburten mit aufgenommen worden, aber nicht die Zwillingsgeburten oder solche Fälle, in denen die Plazenta nach Credé's Methode oder manuell entfernt werden mußte.

Tabelle I. Doppelte Unterbindung (656 Fälle).

	Die Plazenta löste sich innerhalb von:						
	5 Min.	10 Min.	15 Min.	20 Min.	25 Min.	30 Min.	mehr als 30 Min.
Bei Erstgebärenden	3.96	13.31	31.65	30.21	8.99	5.75	6.08
Bei Wiedergebärenden	8.46	20.9	31.75	25.92	5.29	4.23	3.14
Bei allen	6.55	17.68	31.86	27.74	6.86	4.88	4.42

Aus dieser Tabelle ergibt sich, daß bei doppelt unterbundenem Nabelstrange innerhalb der ersten fünf Minuten nur 6,55%, innerhalb von zehn Minuten 24,23% und innerhalb von fünfzehn Minuten 56,09% von allen Plazenten sich gelöst hatten. Nach Verlauf von 30 Minuten hatten 4,42% das Corpus uteri noch nicht verlassen. Weiterhin zeigt diese Tabelle, daß die Plazenten der Wiedergebärenden sich rascher lösen, als die der Erstgebärenden, und daß nach Verlauf

von 30 Minuten fast ein doppelt so großer Prozentsatz der Plazenten von Erstgebärenden als von Wiedergebärenden sich noch in dem Hohl-muskel befindet.

Sehen wir nun, wie diese Ziffern sich bei der einfachen Unterbindung der Nabelschnur stellen:

Tabelle II. Einfache Unterbindung (654 Fälle).

	Die Plazenta löste sich innerhalb von:						
	5 Min.	10 Min.	15 Min.	20 Min.	25 Min.	30 Min.	mehr als 30 Min.
Bei Erstgebärenden	8,16	28,72	28,01	20,21	7,45	4,25	3,19
Bei Wiedergebärenden	13,44	31,72	32,26	14,78	3,75	1,61	2,42
Bei allen	11,16	30,43	30,43	17,12	5,35	2,75	2,75

Wir finden hier also, daß nach fünf Minuten 11,16%, nach zehn Minuten 41,59% und nach fünfzehn Minuten 72,02% von allen Plazenten gelöst waren und in der Cervix-Vagina lagen. Nur 2,75% waren nach 30 Minuten noch nicht gelöst. Auch hier treffen wir dasselbe Verhältnis zwischen Erst- und Wiedergebärenden wie in der ersten Serie, jedoch ist der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen bezüglich der nach 30 Minuten noch zurückgebliebenen Plazenten nicht so beträchtlich wie bei der doppelten Unterbindung. Berechnen wir nun der Kontrolle wegen (siehe Tab. III), wie groß der Prozentsatz der binnen eines gewissen Zeitraumes gelösten Plazenten, die „blutgefüllt“ oder „blutleer“ sind, so erhalten wir ein übereinstimmendes Ergebnis. Von denen, die sich innerhalb der ersten zehn Minuten gelöst haben, gehört nämlich der entschieden größte Prozentsatz der Gruppe der einfachen Unterbindungen an. Von den innerhalb 30 Minuten nicht gelösten entfallen 61,7% auf die „blutgefüllten“ und lediglich 38,3% auf die „blutleeren“ Plazenten.

Tabelle III.

	Die Plazenta löste sich innerhalb von:						
	5 Min.	10 Min.	15 Min.	20 Min.	25 Min.	30 Min.	mehr als 30 Min.
Doppelte Unterbindung	37,07	36,83	51,23	61,9	56,25	64	61,7
Einfache Unterbindung	62,93	63,17	48,77	38,1	43,75	36	38,3

Diese Tabellen zeigen also deutlich, daß, wenn man es unterläßt, den Nabelstrang nach der Mutter hin zu ligieren, ein bedeutend größerer Prozentsatz der Plazenten sich im Verlaufe von fünfzehn Minuten löst, und daß der Prozentsatz der nach Verlauf von 30 Minuten noch ungelösten sich geringer erweist, als es der Fall ist bei doppelter Ligatur.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1912 Nr. 29.)

Die abwartende Eklampsiebehandlung. Von Privatdozent Dr. L i c h t e n s t e i n (Univ.-Frauenklinik Leipzig). „In kurzen Worten besteht unsere jetzige Behandlung in folgendem: Ist eine Eklamptische gar nicht oder im Beginne der Geburt, so machen wir einen primären Aderlaß von 500 ccm. Ist die Entbindung bei der Aufnahme sofort möglich oder ist die Eklamptische entbunden, so machen wir nach der Entbindung einen ebenso großen Aderlaß, aber ohne erst weitere Anfälle abzuwarten, wie das früher gehandhabt wurde. Nach dem Aderlasse führen wir das Schema von S t r o g a n o f f der Morphin- und Chloralverabreichung durch. Wir halten auch alle äußeren Reize nach seiner Vorschrift fern. Zur Narkose verwenden wir aber nicht Chloroform wegen der Gefahr der Herzdegeneration, sondern Aether oder Billrothgemisch. Ferner applizieren wir keine Wärme, damit nicht durch Schweißabsonderung das Blut eingedickt werde.“ Verfasser zeigt, wie die Mortalitätsziffer bei abwartender Behandlung weit unter der bei aktiver Therapie zurückbleibt (258 Fälle mit 32 Todesfällen = 12,4%). Er schließt: „Mit Rücksicht auf die abwartende Behandlung der Eklampsie werden die Herren praktischen Aerzte vielleicht erwarten, daß wir sagen sollen, wir könnten ihnen die Behandlung der Eklampsie wieder zurückgeben. Das möchten wir aber ganz und gar nicht. Denn abgesehen davon, daß diese einen so hohen Zeitaufwand und fortgesetzte sorgfältige ärztliche Beobachtung erfordert, wie sie der praktische Arzt kaum genügend durchführen kann, müssen wir erst selbst weitere Erfahrungen sammeln, besonders bezüglich des Aderlasses. Aber auch zur Förderung der wissenschaftlichen Probleme bedürfen wir noch eines großen Materials, und wir wären Ihnen daher sehr dankbar, wenn Sie uns auch weiterhin die Eklampsien überweisen würden.“ (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Tuberkulose.

Virulenz und Kontagiosität des Schweißes der Tuberkulösen. Von A. P o n c e t und M. P i e r y. Der reine, von jeder äußeren Verunreinigung freie Schweiß der Tuberkulösen ist kontagiös und tuberkelbazillenhaltig. Die Virulenz des Schweißes wurde bei 30,76% der untersuchten Fälle von chirurgischer Tuberkulose, tuberkulösem Rheumatismus, tuberkulöser Peritonitis usw., konstatiert, demnach in Fällen von geschlossener Tuberkulose mit langsamer Entwicklung. Der Schweiß der Tuberkulösen ist in 41,66% der Fälle das Vehikel von Tuberkelbazillen. Die Ausscheidung der Tuberkelbazillen mit dem Schweiß läßt sich aus der häufig nachweisbaren septikämischen Natur der tuberkulösen Infektion erklären, und die Schweiß bei Tuberkulose können als Eliminationskrisen der Tuberkelbazillen aufgefaßt werden. Der Schweiß ist bei der Tuber-

kulose ein Träger der Ansteckung auf direktem Wege, wenn ein unmittelbarer Kontakt mit dem Träger der Kontagion stattfindet und die Tuberkelbazillen durch die Haut eindringen, oder auf indirektem Wege durch Leibwäsche, Bettwäsche, Kleider usw. Die Kontagiosität des Schweißes weist auf die Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen auch in jenen Fällen hin, wo gutartige, bzw. latente geschlossene tuberkulöse Läsionen vorhanden sind. Die prophylaktischen Maßnahmen bestehen in permanenter Desinfektion aller durch den Schweiß der Tuberkulösen verunreinigten Objekte, Leib- und Bettwäsche, Kleider usw., in der Isolierung der Tuberkulösen, wenigstens in dem Sinne, daß sie ihr eigenes Bett erhalten. Bekämpfung der Ueberfüllung von Wohnungen.

(Bull. de l'Acad. de méd. 1912 Nr. 13. —
Deutsche Medizinal-Zeitung 1912 Nr. 31.)

Ueber die Behandlung der Spina ventosa mit Pyrogallolsalbe.

Von Klara Kennerknecht (Aus dem Hamburgischen Seehospital Nordheimstiftung). Die ausgezeichneten Resultate der Lupusbehandlung mit Pyrogallolsalbe brachten darauf, auch bei der Spina ventosa einen Versuch mit Pyrogallol zu machen, zumal schon von anderer Seite Pyrogallolinjektionen zur Heilung tuberkulöser Fisteln warm empfohlen wurden. Die seit vier Jahren geübte Methode, deren Anwendung denkbar einfach ist, hat nun so vorzügliche Resultate geliefert, daß K. über mehrere Fälle des Seehospitals, in dem vorzugsweise an chirurgischer Tuberkulose erkrankte Kinder zur Aufnahme gelangen, berichtet, bei denen die tuberkulöse Ostitis der kurzen Röhrenknochen durch Behandlung mit Pyrogallolsalbe zur vollständigen Ausheilung kam. Es waren dies nicht etwa ganz beginnende Prozesse, für deren Heilung man nur allgemein roborierende und klimatische Einflüsse verantwortlich machen könnte, sondern meist solche, die schon länger bestanden und zu eitriger Einschmelzung und Fistelbildung geführt hatten. Die erkrankten Glieder wurden täglich $\frac{1}{2}$ Stunde lang in Seifenwasser gebadet und dann mit Pyrogallolsalbe verbunden, zunächst mit 10%iger, dann bei leichter Hautreizung mit 5%iger, und diese wurde schließlich durch 2%ige Salbe ersetzt. Zuweilen kam es zur spontanen Ausstoßung kleiner Sequester. Ein frühzeitiges operatives Vorgehen zum Zwecke der etwa im Röntgenbild festgestellten Sequester ist aber unter allen Umständen zu vermeiden. K. hat in einer Anzahl von Beobachtungen feststellen können, daß im Röntgenbild erscheinende Sequester unter der Pyrogallolbehandlung völlig resorbiert werden. Seitdem man diesen absolut konservativen Standpunkt der Spina ventosa gegenüber einnahm, sind die Resultate in allen Fällen einer Restitutio ad integrum gleich zu achten. Die

Heilung der tuberkulösen Prozesse auf dem angegebenen konservativen Wege nimmt immer längere Zeit in Anspruch, schon bei weniger fortgeschrittenen drei bis vier Monate, während die Behandlung der mit Fistelbildung einhergehenden Fälle ein Jahr und länger dauert. Wenn man aber die guten kosmetischen und funktionellen Resultate beobachtet — die Finger erhalten ihren früheren Umfang und ihre volle Beweglichkeit wieder, das Wachstum bleibt ungestört — so wird man die Geduld erheischende konservative Therapie der operativen bei weitem vorziehen müssen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 10.)

Ueber Tuberkulose der äußeren Genitalien des Weibes.

Von Otto Seifert (Würzburg). Es lassen sich fünf verschiedene Gruppen in ätiologischer Beziehung aufstellen:

1. Eine Impftuberkulose, durch Infektion kleinerer oder größerer Verletzungen entstanden (exogene Inokulationstuberkulose).
2. Impftuberkulose als Autoinokulation bei Lungentuberkulose oder anderweitigen tuberkulösen Prozessen (Autoinokulationstuberkulose).
3. Infektion per contiguitatem (Kontiguitätstuberkulose).
4. Infektion auf hämatogenem oder lymphogenem Wege.
5. Impftuberkulose von der tierischen Tuberkulose (bovine Impftuberkulose).

Verfasser berichtet über einige Fälle zur Illustrierung der verschiedenen Formen.

(Arch. für Dermat. und Syphilis, Mai 1912.)

Eine bisher nicht beobachtete Form der Mittelohrtuberkulose. Von Jörgen Möller (Kopenhagen). Bei einem Kranken stellt sich ohne Schmerzen Ohrensausen ein; das Trommelfell ist gerötet, geschwollen und zeigt eine oder mehrere Perforationen, die einen verdickten, speckigen Rand aufweisen; das Ganze macht vielfach einen sulzigen, gelatinösen Eindruck. Das ist der gewöhnliche Hergang bei einer tuberkulösen Entzündung des Mittelohres. Anders ist Bild und Verlauf bei der Erkrankung, die Möller an 19 Ohren von 17 Phthisikern beobachtet hat. Der Kranke klagt über Nachlaß des Gehöres oder wenigstens über Sausen im Ohr. Das Trommelfell ist stark vorgewölbt, der Hammergriff liegt wie in einer Furche, das Trommelfell ist von matter Oberfläche und gelbweißer Farbe, undurchsichtig und von einem Netz blutreicher, roter Gefäße, die meist radiär verlaufen, durchzogen; die Hammergefäße sind stark injiziert. Das Bild erweckt den Eindruck, als sei das ganze Mittelohr voll Eiter. Das ist aber, wie mehrfach vorgenommene Parazentesen bewiesen haben, nicht der Fall. Der Verlauf ist völlig

schmerzfrei. Der geschilderte Zustand kann wochen-, ja monatelang bestehen; häufig kommt es zu einer Spontanheilung, die Gefäßzeichnung verschwindet, und es treten annähernd normale Verhältnisse wieder ein. In anderen Fällen kommt es auf dem Trommelfell zur Bildung von Geschwüren, die entweder zur Heilung kommen oder zum Durchbruch führen. In letzterem Falle greift dann allmählich das eingangs geschilderte Bild der tuberkulösen Mittelohreiterung Platz. Möller faßt die beschriebene Erkrankung als eine diffuse tuberkulöse Infiltration des Trommelfells, bei der Exsudat in der Pauke fehlt, auf, und hat an herausgeschnittenen Stücken seine Ansicht unter dem Mikroskop bestätigt gefunden. Von besonderem Interesse erscheint bei diesem tuberkulösen Prozeß seine Neigung zur Spontanheilung, man kann von einem verhältnismäßig gutartigen Leiden sprechen. Wesentlich ist es, daß man sich, solange am Trommelfell die Epithelschicht besteht, jedes operativen Eingriffs enthält.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. 64, Heft 1. —
Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 17.)

Ischias und Mal perforant tuberkulösen Ursprungs.

Von A. Poncet. 25 bis 30% der Fälle von Ischias sind klinisch tuberkulösen Ursprungs; serodiagnostisch läßt sich die tuberkulöse Natur der Affektion bei 91% der untersuchten Fälle nachweisen; die Ischias kann also als ein peripheres Symptom der Tuberkulose in Betracht kommen. Auch die Trigeminusneuralgie, besonders die Supraorbitalneuralgie, ist häufig tuberkulöser Natur, und nicht selten tritt die Neuralgie, von trophischen Störungen begleitet, als Prodromalsymptom tuberkulöser Lungenkrankung auf, während neuritische Läsionen gewöhnlich erst im späteren Verlaufe der Lungenschwindsucht auftreten. Der Herpes zoster ophthalmicus oder intercostalis ist gewöhnlich eine Manifestation der latenten Tuberkulose; auch wurden Fälle von chronischem Herpes zoster beobachtet, wo die Rekrudeszenzen der Lungenaffektion von Schüben blasenförmiger Hauteruptionen begleitet wurden. Bei bestehendem Herpes zoster soll man also nach versteckten tuberkulösen Herden suchen. Auch andere Neuralgieformen, z. B. lumboabdominale Neuralgien, Meralgia paraesthetica, subakute Neuritis optica, Neuritis der sensiblen und motorischen Nerven der Orbita, können tuberkulöser Natur sein; es ist auch denkbar, daß manche Störungen des Zirkulations-, Respirations- und Verdauungsapparates, z. B. die schmerzhaften Anfälle von Hyperchlorhydrie, Manifestationen einer tuberkulösen Toxämie darstellen. Zu den neuritischen Phänomenen tuberkulöser Natur gehören auch viele Fälle von Mal perforant an der Fußsohle; als trophische Störungen werden bei Tuberkulösen

umschriebene Ischämie oder lokale Asphyxie an den Extremitäten beobachtet. In diesem Sinne sind innige Beziehungen zwischen der Tuberkulose zu der Raynaud'schen Krankheit, bzw. symmetrischen Gangrän an den Extremitäten anzunehmen.

(Journal de prat. 1912 Nr. 13. —
Deutsche Medizinal-Zeitung 1912 Nr. 31.)

Ulcus cruris.

Ueber die Behandlung des Ulcus. Von Dr. Kahr (Nürnberg). Neben Anlegung kunstgerechter Kompressions- und Gehverbände spielt die Anästhesierung der Ulcera cruris bei der ambulanten Behandlung eine nicht minder bedeutende Rolle, da die meisten Patienten sich nicht schonen und nur dann arbeiten können, wenn sie völlig schmerzfrei sind. Von den im Laufe der letzten Jahre erprobten neuen Anästheticis hat Verfasser das Cykloform, das er seit über einem Jahre täglich verwendet und in einer großen Anzahl von Fällen angewendet hat, als das weitaus brauchbarste befunden. Scheinbar infolge seiner schweren Wasserlöslichkeit ist es niemals vorgekommen, daß das Cykloform irgend welche Bläschenekzeme oder sonstige Intoxikationen hervorrief, wie Verfasser solche früher so oft bei anderen Lokalanästheticis, z. B. Anästhesin, beobachtet hat. Je nach Ausdehnung und Beschaffenheit der Geschwürflächen reinigt Verfasser die Wundränder erst sorgfältig mit Oel oder Benzin, trägt dann das Cykloform in Substanz auf, überstreut dasselbe mit einem indifferenten Pulver und überstreicht dann diese Pulverschicht, um den Verband geschmeidig zu halten und Krustenbildung zu vermeiden, ganz dünn mit Vaseline. flavum. Bei stark schmerzhaften Geschwüren trägt Verfasser gleich fertige, 10%ige Cykloformsalbe in dünner Schicht auf.

Cykloform 10,0

Ol. olivar. 30,0

Paraffin. sol. 3,0

Vaseline. flav. 100,0.

Das Cykloform wird auf dem Wasserbad im Olivenöl gelöst, das Paraffin. solid. separat in der Vaseline geschmolzen und letztere Mischung der Cykloformlösung unter Umrühren zugesetzt, bis eine gleichmäßige Salbe entstanden ist. Die anästhesierende Wirkung tritt nicht sofort ein, ist aber dafür eine sehr lang andauernde. Scheinbar infolge seiner Fettlöslichkeit dringt das Cykloform leicht in die lecithinhaltige Nervensubstanz ein und wird von dort nur langsam an Blut und Lymphe weiterbefördert. Beim Wiederauftreten der Schmerzen kann die Salbe ohne Bedenken von neuem aufgelegt oder das Cykloform auch in Substanz direkt aufgestreut werden. Angeregt durch verschiedene Mitteilungen in der Literatur über die

juckstillende Wirkung des Cykloforms bei Rhagaden an den Händen, beim chronischen Ekzem, bei Fissura ani, Intertrigo und beginnendem Decubitus, hat Verfasser die Cykloformsalbe wiederholt auch bei Perniones angewendet und kann nur bestätigen, daß das quälende Jucken und die starke Rötung und Schwellung der Haut bald nach Auftragen der Salbe nachließen.

(Aerztliche Rundschau 1912 Nr. 16.)

Die Behandlung des Ulcus mit der Quarzlampe. Von Dr. Braendle (Poliklinik für Licht- und Röntgenbehandlung des Allerheiligen-Hospitals in Breslau). Benutzt wurde die Nagelschmidt'sche Quarzlampe. Abgesehen von Ulcera cruris wurden auch noch andere torpide Ulzerationen verschiedener Aetiologie bestrahlt, z. B. schlecht epithelisierende Ulzerationen, wie sie mitunter nach Bubooperationen entstehen, ulzerierte Pernionen usw. Die Beobachtungen erstrecken sich über 28 Fälle von Ulcera cruris, 18 Fälle von Ulzerationen bei suppuriierten Bubonen und drei Fälle von exulzerierten Pernionen. Der größte Teil dieser Fälle ist in erheblich kürzerer Zeit epithelisiert, als wir es bei der sonst üblichen Therapie zu sehen gewohnt waren. Es sei bemerkt, daß von den Ulcera cruris nur die torpiden Fälle bestrahlt wurden, nicht aber die irritablen Ulcera, die mit starken Entzündungsprozessen in der Umgebung einhergingen. Es gibt nun Ulzerationen, bei denen die anfangs rasch einsetzende Epithelbildung nach einigen Bestrahlungen sistiert. In diesen Fällen muß der Rest der Ulzeration chirurgisch in Angriff genommen werden. Die vorausgehenden Bestrahlungen waren in diesen Fällen keineswegs unnütz gewesen. Verfasser konnte beobachten, daß in diesen Fällen die transplantierten Epithelstückchen immer sehr gut anheilten, was wohl durch die infolge der vorausgegangenen Bestrahlungen erzielten günstigen Ernährungsbedingungen zu erklären ist. Die schlechteste Prognose quoad sanationem geben auch bei Quarzlichtbestrahlungen diejenigen Ulcera cruris, die in eine glatte, narbige Umgebung eingebettet sind. Bei diesen Ulcera soll man bald zur Transplantation schreiten, die dann möglichst mit Krauselappen vorzunehmen ist. Als Verbandssalbe wandte Verfasser zwischen den einzelnen Bestrahlungen gewöhnlich Zinkpaste beziehungsweise Dermatol mit einer Schicht Zinkpaste an. Diese Pasten, beziehungsweise Pulverpastenverbände, sind gegenüber den übrigen Salbenverbänden insofern besser, als sie in etwas höherem Grade das sich nach den Belichtungen stärker bildende Sekret aufsaugen als die weniger resorbierenden Salbenverbände. Ulcera cruris sind kein einheitlicher ätiologischer Begriff; ihre Therapie kann deshalb auch nicht generell erörtert werden. Aber sowohl dem chirurgisch Vorgehenden, wie demjenigen, welcher

einer Salben- und Pastenbehandlung den Vorzug gibt, unterstützen die Quarzlichtbestrahlungen wesentlich bei der Behandlung dieser und anderer torpider Ulzerationen. Beider Behandlung ist im allgemeinen langwierig, und jedes abkürzende Moment ist mit Freuden zu begrüßen. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 31.)

Ulcus molle.

Ein durch Autoinfektion entstandenes Ulcus am Finger.
 Von Regimentsarzt Dr. E. Brodfeld (Krakau). Nachstehende Mitteilung ist deswegen interessant, weil sie zeigt, daß infolge Beobachtung des Krankheitsverlaufes eine auch ohne Absicht unwahre Angabe des Patienten richtiggestellt werden konnte, was vielleicht manchmal in forensischer Hinsicht von Bedeutung sein könnte. Infanterist K. des Infanterieregiments Nr. 100 hat beim Hantieren mit Kohlestücken eine kleine Rißwunde an der Dorsalfäche des rechten Daumens erlitten. Die Rißwunde soll innerhalb weniger Tage unter einem aseptischen Verbandsgeheilte sein. Kurze Zeit darauf akquirierte der Patient drei venerische Geschwüre, die an der Lamina interna praeputii ihren Sitz hatten; die Geschwüre waren gut erbsengroß. Im weiteren Verlauf kam es auch zu einer Vergrößerung und eitrigen Einschmelzung der rechtsseitigen Leistendrösen. Dieser Bubo erforderte eine Inzision; die Inzisionswunde heilte innerhalb 19 Tagen. Um diese Zeit war noch ein Ulcus molle am Penis nicht geheilt; es war jedoch schon ein gereinigtes Geschwür vorhanden, das von den Rändern her zu epithelisieren begann. Bei einer Visite wurde bemerkt, daß der Mann den rechten Daumen verbunden hatte. Auf Befragen gab Patient an, seit drei Tagen sei seine ursprünglich bereits geheilte Rißwunde wieder aufgebrochen, „sie eitere und vergrößere sich immer mehr“. Die Untersuchung ergab nachstehenden Befund: An der Rückenfläche des Daumens ein zirka zehnhellerstückgroßes Geschwür, dessen Grund stark eitrig belegt ist, dessen Ränder entzündet, Tendenz zur eitrigen Einschmelzung und Vergrößerung des Geschwürs in die Fläche zeigten; an einzelnen Stellen waren die Ränder unterminiert. Die Drösen der Achselhöhle derselben Seite waren geschwellt und schmerzhaft. Schon das klinische Bild ließ im Verein mit der Anamnese die Diagnose auf Ulcus molle stellen. Zur Sicherstellung der Diagnose wurde der Eiter mikroskopisch untersucht und ergab neben Staphylokokken das Vorhandensein von Ducreybazillen. Auch ein Kulturversuch auf Blutagar ergab diesen Bacillus. Auf Anwendung von Jodoformsalbe reinigte sich das Geschwür binnen drei Tagen und erfolgte die vollständige Heilung in 14 Tagen. Der Bubo der Achselhöhle ging auf essigsäure Tonerdeumschläge in vier Tagen gänzlich zurück. Es ist einleuchtend, daß das Ulcus am Daumen bei nicht gehöriger Sorgsamkeit seitens des Patienten durch

Uebertragung des Eiters des Ulcus am Penis in die bestandene Exkoration (Rißwunde) entstand. Berücksichtigt man jedoch, daß zur Zeit, als das Daumenulcus vom Arzte gesehen wurde, das Ulcus am Penis bereits gereinigt, in Epithelisierung begriffen war, so war die Angabe des Mannes, daß das Daumenulcus erst seit drei Tagen bestehe, eine unrichtige; denn in dem Maß, als der Schanker älter wird, verliert sein Eiter die Virulenz immer mehr. Von einem gereinigten Geschwür ist eine Autoinfektion um so weniger möglich. M r a c e k behauptet auch, daß die Entstehung der Adenitis selten in die ersten zwei Wochen nach dem Auftreten des Geschwürs fällt. Diese Bedenken wurden dem Manne vorgehalten, und gab er auch dann zu, daß das Ulcus am Daumen kurze Zeit nach der Infektion am Penis, etwa nach zehn Tagen, aufgetreten war.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 28.)

Volvulus.

Volvulus oder Unfall. Von Medizinalrat Dr. D r e v e s (Linden). Verfasser schreibt: „Nach Unfällen ist die Entstehung eines Volvulus derartig selten beobachtet, daß es geboten erscheint, folgende Beobachtung der Oeffentlichkeit zu übergeben: Der 1867 geborene Arbeiter L. W. war am 31. August 1911 damit beschäftigt, in der Chlorcalcium-Fabrik in R. Rückstand in Schiebewagen einzuladen. Hierbei war ein voll beladener Wagen aus dem Geleise gesprungen, und W. hob denselben ohne fremde Hilfe wieder ein. Der p. W. behauptet nun völlig einwandfrei, daß sofort bei dem Einheben des Wagens in der rechten unteren Bauchgegend ein sehr heftiger Schmerz eingetreten sei, der sich allmählich sofort wieder gelindert habe, daß er die Schicht habe durchführen können. An demselben Abend sei er noch zum Arzt gegangen, da er in der Gegend des Schmerzes einen Knoten gefühlt habe. Bei weiterem Befragen gibt er jedoch überzeugend zu, daß es sich nicht um einen Knoten, sondern um eine schmerzhaft und sich hart anfühlende, aber nicht vorgewölbte Stelle im Bauche oberhalb des P o u p a r t'schen Bandes, nicht an der typischen Bruchstelle, gehandelt habe. Auf Anraten des Arztes wurde drei Tage bei völliger Ruhe gekühlt, wodurch sich die Schmerzen soweit besserten, daß er die Arbeit vier Tage lang wieder „versucht habe“, trotz der ständigen Schmerzen und des Gefühls der Völle im Leibe. Am vierten Tage abends sei er wegen der verstärkten, sehr heftigen Schmerzen zum Arzt gegangen. Als er dessen Geheiß, zu schwitzen, nachkommen wollte, sei plötzlich ein sehr typisch drastisch geschildertes, kopiöses und nach Kot riechendes Erbrechen aufgetreten. In der ganzen Zeit nach dem Unfall sei der Appetit schlecht gewesen, und Winde und Stuhlgang seien nicht abgegangen. Es erfolgte am folgenden Tage die Operation, bei

welcher ein Volvulus festgestellt wurde. Was erstens die Frage anbetrifft, ob es sich im vorliegenden Falle um einen Unfall handelt, so ist diese Frage hier im allgemeinen gleichgültig. Nebenbei mag bemerkt werden, daß ich mich im Anschluß an die verschiedensten Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes auf den Standpunkt gestellt habe, daß das Einheben eines beladenen Wagens eine, das gewöhnliche Maß der Arbeiten überschreitende Anstrengung ist und mithin unter den Begriff des „Unfalls“ fällt. — Nach der sehr vorsichtig aufgenommenen Anamnese ist ohne Zweifel bei dem früher niemals an ähnlichen Erscheinungen oder an Bauchschmerzen erkrankten Manne die verstärkte Bauchpresse das ätiologische Moment für die Entwicklung des Volvulus, der Achsendrehung des Darmes. Thiem sagt in seinem Handbuch: „Die Anregung zu heftiger Darmbewegung (Peristaltik) könnte wohl auch durch solche Einwirkungen gegeben werden. Ein nach schwerem Heben oder Erschütterung eingetretener Fall (von Achsendrehung) ist mir außer dem Garréschen nicht bekannt geworden.“ Der im ersten Satz niedergelegten Ansicht von Thiem schließe ich mich an. Ebenso gut wie wir annehmen, daß durch die Bauchpresse der Darm durch ein vorgebildete Lücke durchgepreßt werden kann, ebenso gut müssen wir annehmen, daß der Druck der Bauchwand auf eine Partie des Darmes, die zur Achsendrehung prädisponiert ist, diese auslöst. Will man die Hypothese gelten lassen, daß zu einer Achsendrehung des Darmes die Verlängerung desselben und die Verkürzung seines Gekröses notwendig ist und daß als lokales Moment die stärkere Füllung dieses Darmabschnittes mit Kot vorhanden sein muß, so liegt es auf der Hand, daß durch das Einwirken der Bauchpresse auf diese Partie eine vermehrte Peristaltik, und zwar plötzlich eintreten kann, und diese die Entstehung des Volvulus begünstigen resp. entstehen läßt. In dem oben beschriebenen Falle ist, auch gegenüber dem Garréschen Falle, eigentümlich, daß die Erkrankung erst nach vollen sieben Tagen zur Operation führte, doch ist diese Tatsache nicht verwunderlich, sobald wir uns die Beobachtungen bei nicht durch Unfälle herbeigeführten Achsendrehungen und Invaginationen vergegenwärtigen. Es steht meines Erachtens der Annahme nichts im Wege, daß durch die Bauchpresse eine stärkere Achsendrehung stattfand, diese sich nach Aufhören der Bauchpresse zum Teil wieder löste, die Passage aber nicht wieder vollständig frei wurde. Während der Ruhe blieb dieser Zustand in ungefähr derselben Stärke bestehen, bei der Arbeit der nächsten vier Tage verschlimmerte er sich aber allmählich wieder derart, daß nun ein völliger Verschuß eintrat und zu den bekannten Folgeerscheinungen führte.“

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 17.)

Vermischtes.

Ueber Toilette- und Schminkpuder. Von Dr. J. F. Kapp (Berlin). Als Ausgangspunkt seiner bakteriologischen Untersuchungen dienten dem Verfasser alte Puderquästen, Wattebäusche, Puderbüchsen und Schachteln, resp. die in ihnen enthaltenen Puderreste. Dieses Material verschaffte Verfasser sich von seinen weiblichen Patienten. Er betont dabei, daß es sich bei diesen überwiegend um Frauen der besseren Kreise handelt, denen Hygiene und Sauberkeit als selbstverständliche Dinge gelten. Wenn die Resultate trotz dieser Tatsache recht bemerkenswerte waren, so läßt dies gewiß Schlüsse zu auf die entsprechenden Verhältnisse in den ärmeren Volksschichten. Im ganzen hat Verfasser 67 Proben, alle verschiedener Provenienz, untersucht. Er legte in allen Fällen Stichkulturen an, goß Platten, wenn die Kulturen positiv ausfielen, und machte in geeignet erscheinenden Fällen Tierversuche. In fünf Fällen waren Bakterien nicht zu gewinnen, in zwei Fällen fand er Kolonien von *Mucor mucedo*. In einem Fall gelang die Züchtung eines unbekannten Hyphomyzeten von graugrünem Myzellager mit körniger Oberfläche, in der feuchten Kammer kräftig wachsend. In 53 Fällen ergaben sich zahlreiche Kolonien von Mikroorganismen nicht pathogener Natur. Drei Fälle brachten neben nicht pathogenen Mikroorganismen *Staphylococcus pyogenes aureus*. In einem Fall gelang der Nachweis U n n a'scher Morokokken. In einem Fall züchtete Verfasser von einem benützten Wattebausch Streptokokken. In einem Fall wurden Tuberkelbazillen mit Sicherheit nachgewiesen: durch Impfung von Meerschweinchen mit einer Aufschwemmung von Puderresten in Bouillon. Nach Tötung zahlreiche Tuberkel in Leber und Milz. Färbung nach Ziehl-Nielsen und Czaplewsky. In der Familie der Patientin, von welcher das Ausgangsmaterial stammte, war einige Wochen vorher ein tuberkulöses Dienstmädchen gewesen. Wenn man aus den vorstehenden Untersuchungen des Verfassers Resultate zieht, so ergibt sich:

a) Vegetabilische Puder schädigen stets die Haut, rein mechanisch durch Aufquellung der Puderkörner im Hautfett und der Hautfeuchtigkeit. Besonders naheliegend ist dabei, daß Puderteilchen, welche in einer Pore liegen, bei ihrer Quellung die Pore stark ausdehnen und einen Zustand schaffen, der bei öfterer Anwendung von Puder dauernd werden kann und gar häufig das Auftreten der häßlichen „großen Poren“ hauptsächlich verschulden mag. Relativ am unschädlichsten mag *Amylum oryzae* sein, da es am wenigsten aufquillt und nur sehr langsam verkleistert. Am meisten da-

gegen schaden durch starke Aufquellung und raschen Zerfall: Amylum Marantae, Farina amygdalarum und Farina fabarum.

b) Mineralische Puder haben die schädigende Wirkung des Aufquellens und der Zersetzung nicht, mechanisch könnte eventuell die Terra silicea und das Calcium sulfuricum durch die spitzen Kanten ihrer kleinsten Teilchen leichte Verletzungen der Epidermalzellen machen. Am unbedenklichsten in mechanischer und chemischer Hinsicht erscheinen Zincum oxydatum, Talcum venetianum, Magnesium carbonicum praecipitatum und Baryum sulfuricum. Die giftigen Wirkungen mancher mineralischer Puderbestandteile, so z. B. des Plumbum carbonicum, der Bleiglätte (Cerussa), sind bekannt.

Die bakteriologischen Untersuchungen haben gezeigt, daß eine Uebertragung schwerer, ja tödlicher Krankheiten (Folikulitiden, Furunkel, Erysipel, Lupus) durch gewohnheitsmäßiges Einpudern, auch bei Gebrauch des Wattebauschs an Stelle der schon längst infektionsverdächtigen Quaste sehr wohl möglich ist. Bekanntlich hat man ja schon lange die mangelhafte Sauberkeit der Puderquaste gekannt und dafür den Gebrauch von Wattetampons empfohlen. Natürlich sollten diese Tampons nach einmaligem Gebrauch fortgeworfen und stets neue genommen werden. Daß dies aber nur selten geschieht, hat sich durch zahlreiche Umsprachen zur Evidenz bestätigt. Die Konsequenzen aus den Beobachtungen sind leicht zu ziehen: Da die Frauen doch nicht auf den Gesichtspuder verzichten, so müssen wir wenigstens dafür Sorge tragen, daß ihnen möglichst unschädliche Gesichtspuder, die dabei auch wirklich den Zweck des Aufsaugens, Deckens und leichten Schminkens erfüllen, geboten werden. Solche Puder sollten von vegetabilischen Stoffen möglichst nur Amylum oryzae enthalten, von mineralischen können besonders Talcum venetianum, Zinkoxyd, Magnesium carbonicum, Kreide und Baryum sulfuricum empfohlen werden. Tägliche Massage des Gesichts und bei Austrocknen der Haut Zuführung von etwas Fett (Cold-cream) sind gute Mittel, um die eventuell doch noch der Haut zugefügten Schädigungen durch Einpudern wettzumachen. Ferner sind nicht nur die Puderquasten und Hasenpfoten, sondern auch Wattetampons zu verwerfen. An ihre Stelle sollten Pulverbläser treten, deren Konstruktion am besten so sein wird, daß die ganze Pudermenge möglichst abgeschlossen und — falls zu erreichen — steril in ihnen gehalten wird. Wenn es auch nicht gelingen mag, durch diese Maßnahmen alle Schädigungen der Haut auszuschließen, so würde doch durch sie ganz zweifellos dem gewohnheitsmäßigen Einpudern des Gesichts, wenn es schon nicht auszurotten ist, sehr viel von seinen schädigenden Wirkungen genommen werden können.

(Dermatologische Wochenschrift 1912 Nr. 16.)

Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Jod-Neol Böer.

Von Dr. O. Müller (Berlin). Das Jod-Neol ist eine Salbenform von dunkelbrauner Farbe und zarter Konsistenz, welche nach der Analyse nach Voigtherr in 100 Teilen:

9,98 Neutralfette,
7,23 medizinische Seifen,
46,29 Lanolin,
1,55 Jodnatrium,
1,34 freies Jod,
4,92 organisch gebundenes Jod,
26,69 Wasser

enthält. Es soll bereits in einer 6%igen Zusammensetzung gegenüber dem 10%igen Jodvasogen eine deutlich positive Jodstärkereaktion auf der Oblate zeigen und infolge hervorragender Resorptionsfähigkeit die annähernd vollständige Ausnutzung des inkorporierten Jods bewirken. Verfasser hat das Präparat bei einer sehr großen Zahl von Fällen angewendet und mit außerordentlich günstigem Erfolge. Verfasser verzichtet auf die Wiedergabe einzelner Krankengeschichten und möchte nur die Gruppen der erfolgreich mit Jod-Neol behandelten Fälle hier anführen:

1. Die große Gruppe der akuten skrofulösen Hals- und Zervikaldrüsen, soweit dieselben nicht Neigung oder bereits Beginn der eitrigen Schmelzung zeigten. Die Drüsen und deren nächste Umgebung wurden ein- bis zweimal täglich, je nach der Größe, mit 6% bei Kindern, 10% bei Erwachsenen Jod-Neol behandelt und gingen fast immer nach wenigen Tagen zurück.

2. Pleuritische Reizungen bis zu ausgesprochenen, mit deutlichem Reibegeräusch einhergehenden trockenen Pleuritiden. Hier ließ Verfasser ausgedehnte Partien bis ganze Thoraxhälften mit Jod-Neol bedecken und hatte oft schon nach wenigen Tagen den Erfolg, daß die Schmerzen aufhörten, die Atmung freier wurde und nach längerer Applikation auch die objektiven Symptome schwanden.

3. Epidydimitis. Anwendung von 10% Jod-Neol, darüber warme Breiumschläge oder Eis, je nach der Sensibilität des Patienten. Die Erfolge waren schnell und prompt. Ebenso wurden auch Buben mit gleich gutem Erfolge behandelt.

4. Rheumatische Gelenkschwellungen, speziell bei der gonorrhoischen Form. Verfasser konnte hier beobachten, daß häufig entzündliche und besonders stark schmerzhaft Schwellungen, welche dem internen Jod- und Salizylgebrauch durchaus widerstanden, nach Jod-Neol-Applikation auffallend schnell zurückgingen, und Verfasser steht deshalb nicht an, bei dieser Erkrankungsform das Jod-Neol als souveränes Mittel zu bezeichnen.

5. Nicht ganz so sicher waren die Erfolge bei tuberkulösen Gelenkerkrankungen, wenn es auch hier als Adjuvans zuweilen gut wirkte und jedenfalls besser als Seife vertragen wurde.

6. Prostatitis (die akute, sowie speziell die chronische Form) und Prostatahypertrophie. Zur Anwendung kam Jod-Neol in Form von Suppositorien 6‰. Verfasser fand das Mittel gleichwertig dem Thiopinol, aber zweifellos der bisherigen Medikation von Jod und Jodkalium.

7. Tendovaginitis. Im akuten Stadium, speziell mit Exsudatbildung, wurde Jod-Neol nur ganz vorsichtig aufgetragen, später einmassiert; die Besserung trat stets prompt ein.

8. Einen speziellen Fall will Verfasser nicht unerwähnt lassen. Es handelte sich um einen langen Fistelgang nach einem periproktitischen Abszeß bei einer zirka 30jährigen Dame. Als der Gang trotz zweimaliger Spaltung und Behandlung mit Jodtinktur nicht zur Heilung kam, wandte Verfasser schließlich Jod-Neol in Bazillenform (6‰) an; in verhältnismäßig kurzer Zeit trat vollkommene Heilung ein. Verfasser hatte den Eindruck, daß die langsame Resorption und die Dauerwirkung der eingeführten Bazillen den günstigen Einfluß ausübten.

Als unangenehme Komplikation sah Verfasser nur in einem Falle eine ausgedehnte Dermatitis eintreten, die zur gänzlichen Aussetzung des Mittels zwang; es handelte sich um eine Patientin mit sehr weißer, zarter Haut, die allerdings Jodtinktur gut vertrug. Die Anwendungsform geschah in allen Fällen so, daß die Jod-Neosalbe auf die gut gereinigte (eventuell mit Benzin oder Alkohol abgeriebene) Haut gestrichen, je nach der Stelle mit mehr oder minder intensiver Massage verrieben und dann mit einem Flanellappen bedeckt wurde. Vor jedesmaliger Wiederholung wurde die alte Salbenschicht mittels Oel entfernt. Sobald die Haut anfang, zu schmerzen, wurde ein bis zwei Tage ausgesetzt und nur Vaseline aufgetragen, um dann bald wieder mit Jod-Neol fortzufahren. Autor faßt das Resultat seiner sehr zahlreichen Beobachtungen dahin zusammen, daß er in dem Jod-Neol eine ausgezeichnete Form der externen Jodanwendung erblickt, die an Wirksamkeit und Reizlosigkeit kaum von irgend einem anderen Jodpräparat erreicht wird. (Med. Klinik 1912 Nr. 10.)

Bücherschau.

Der Medizinal - Kalender der Allgemeinen Medizinischen Zentral-Zeitung (Verlag O. Coblentz, Berlin, Preis M. 2.—) ist ein alter Bekannter für die Aerzte; gelangt er doch schon zum 20. Male auf den Büchertisch. Auch in diesem Jahre ist der text-

liche Teil sehr reichhaltig und zweckentsprechend und dürfte als täglicher Begleiter die besten Dienste leisten.

Aerztliches Vademecum und Taschenkalender für das Jahr 1913. Von Dr. A. K r ü c h e (München, O. Gmelin). 19 Jahre gibt K r ü c h e bereits dies Büchlein heraus, und alle Jahre ist er bestrebt gewesen, es weiter auszugestalten und zu verbessern. Mit seinem reichen textlichen Inhalt und seinen zwölf Monatsheften, die einen großen Raum für die täglichen Notizen bilden, wird es sich auch in diesem Jahre den Kollegen als brauchbarer und nützlicher Medizinal-Kalender erweisen.

Ehram und Genossen. Dreiaktige Komödie. Von Otto Hinnerk.¹⁾ 1912 im Saturnverlage Hermann Meister-Heidelberg.

Ob dieses durch selten streng durchgeführte Knappheit und Prägnanz bemerkenswerte Drama des Dichters hervorragender Lustspiele schwächer ist als „Ehrwürden-Trimborius“, jene ganz weit-schweifige Komödie, die dem uralten Doppelgänger-Thema neue, köstliche Seiten abgewann? — Es ist eine geringfügige, unwesentliche Frage angesichts der großen Leistung, die Otto Hinnerk's neuestes Werk darstellt. Dieser Dichter, der direkt, mit Uebersprungung Kleist's, Molière's und Freytag's, an Shakespeare's humorhafte Dichtungen anknüpft, der — Eklektiker durch und durch — heute doch schon so eigene Töne hat, daß ich mich verpflichten will, aus vielen Dutzenden von Szenen ähnlicher Technik die seinigen herauszukennen, ist ein Charakteristiker, wie er, mit diesen primitivsten Mitteln dramatischen Aufbaues schaffend, selbst in unseren Tagen, die eine Höhe der Komödie bedeuten, vereinzelt dasteht; ist zudem ein Meister der historisch-echten Sprache, des Lokalkolorites, der Steigerung innerhalb der Akte und Szenen, wie er schon bei uns leben muß, um nicht ständig mit seinen sämtlichen Werken auf dem Repertoire der heiteren Bühnen zu stehen, ist ein Beweis mehr für die nur Herrn Paul Ernst in Weimar noch zu beweisende Theorie, daß das Drama, im besonderen aber die Komödie der Gegenwart und Zukunft, nicht mehr und keinesfalls weniger als die Shakespeare's sein will und darf. Wieder reizt den Dichter das süddeutsche Verbrechermilieu des 18. Jahrhunderts. Wieder vermag er glänzend vielfarbige, ganz untypische Individualitäten zu zeichnen, wieder gelingen ihm Szenen von überwältigender Komik. Was dieses Werk als besonders reif dokumentiert, ist die Figur des Ehram (Hinnerk

¹⁾ Bemerkt sei, daß der Dichter dieses Meisterwerkes Arzt ist, Dr. Hinrichsen heißt und in Basel lebt.

lehnt sich selbst in der charakteristisch - ironischen Namengebung an Shakespeare an), die in verblüffender Kleinmalerei feinste Charakterzüge bloßlegt. Die Diskretion der Abschlüsse sowie die scharf umrissene Schilderung der korrupten Zeitverhältnisse, aus den Vorgängen unmittelbar hervorleuchtend, ist höchsten Lobes wert. Auf's neue hat der Dichter erwiesen, daß er einer der Größten ist unter denen, die zurzeit um die Palme ringen, und daß keiner mehr als er dauernd gehört zu werden verdient.

Fr. Gr.

EINGÄNGE BEI DER REDAKTION.

(Besprechung vorbehalten. — Rücksendung ausgeschlossen.)

1. **Dr. Friedr. Haas.** Von Dr. K. Nötzel (Leipzig, Joh. Ambr. Barth. M. 1.20).
2. **Wie mache ich Inventur und Bilanzabschluß?** Von H. Lustig. Dritte Auflage (Saarbrücken, Baumgarten. M. 1.50).
3. **Pflege und Ernährung des Säuglings.** Von Dr. M. Pescatore. Fünfte Auflage (Berlin, Jul. Springer. M. 1.—).
4. **Eine einfache Extensionsmethode zur Behandlung der Beinbrüche im Geh - Verband.** Von Dr. A. Riedel (Rothenburg o. Tbr., M. Kloppenburg).
5. **Würzburger Abhandlungen.** (Würzburg, C. Kabitzsch.)
 - a) **Die Klinik des Paratyphus.** Von Dr. E. Stolkind.
 - b) **Die klinische Frühdiagnose des Krebses.** Von Dr. Sehart.
 - c) **Die tuberkulösen Erkrankungen des Gehörorganes.** Von Dr. R. Spira.
6. **Klassiker der Medizin.** Von K. Sudhoff (Leipzig, Joh. Ambr. Barth). Bd. 20. Thomas Addison. Die Erkrankungen der Nebennieren und ihre Folgen.
7. **Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbehandlung bei Nierentuberkulose.** Von F. Schlagintweit (J. F. Lehmann, München).



Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer** in **Friedenau - Berlin.**

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 5.

Februar 1913

Originalarbeit.

Ueber Azetonurie beim Diabetes und ihre Bedeutung.

Von Prof. Dr. P. F. Richter, Berlin.

Noch vor etwa zwei Dezennien galt es als ein Dogma, daß das Auftreten von Azeton im Urin der Diabetiker stets als ein schlechtes Vorzeichen zu betrachten sei und daß das gefürchtete Ende, das Coma diabeticum, nicht lange auf sich warten ließe. Demgegenüber hat die klinische Erfahrung gelehrt, daß dies durchaus nicht immer der Fall ist. Es gibt Diabetiker, die sich trotz Auftretens von Azeton und verwandter Substanzen subjektiv und objektiv wohl befinden, bei denen es gewissermaßen nur einen zufälligen Nebebefund darstellt, ohne daß schwerere, den Gesamtorganismus in Mitleidenschaft ziehende Stoffwechselstörungen vorhanden sind. Und es gibt wieder andere Kranke, die unzweifelhaft klinisch der schweren Form des Diabetes zuzuzählen sind und bei denen auch das Auftreten des Azetons von mehr oder minder unangenehmen und sogar drohenden Symptomen begleitet ist. Solche Kranke befinden sich sicherlich in einem gewissermaßen labilen Gleichgewicht; sie schweben in einer permanenten Lebensgefahr, und doch läßt sich auch bei ihnen das Leben oft viele Jahre verlängern. Der Praktiker muß sich daher bei dieser ganz verschiedenen Bedeutung des Azetons darüber klar werden, wie es im einzelnen Falle die Prognose beeinflußt; er muß weiter wissen, ob eine Therapie und gegebenenfalls welche einzuschlagen ist. Diese Fragen sollen im folgenden kurz behandelt werden.

Dazu ist aber vor allem nötig, die Bedingungen für das Auftreten der sogenannten Azetonkörper im Harn im allgemeinen und beim Diabetes im besonderen kennen zu lernen.

Azetonkörper — d. h. β -Oxybuttersäure, Azetessigsäure und Azeton — entstammen, wie wir heute wissen, in geringem Umfange dem Zerfall von Eiweiß, in viel größerem dem Fett, und zwar den Fettsäuren. Läßt sich die erstgenannte Quelle nach Versuchen im Reagenzglas nicht ganz ausschließen, so kommt letztere p r a k t i s c h fast einzig in Betracht.

Aber der Zerfall von Eiweiß oder von Fett auch in großem Umfange genügt niemals, um eine Bildung oder Ausscheidung von Azetonsubstanzen zu ermöglichen. Notwendig dazu ist noch etwas anderes: Der Wegfall derjenigen Stoffe, welche die Bildung von Azetonkörpern verhindern oder ihre weitere Oxydation befördern. Das sind die Kohlehydrate. Ueberall da, wo diese beiden Faktoren zusammenwirken, wird also Azetonurie zu konstatieren sein.

Man versteht danach ohne weiteres, warum Azetonurie bei den verschiedensten Krankheiten auftritt, die mit Diabetes nichts zu tun haben, so z. B. bei Inanition, im Fieber, bei malignen Tumoren und dergleichen mehr. In allen solchen Fällen handelt es sich um Kranke, bei denen zeitweise Kohlehydrate aus der Nahrung — meist durch freiwillige Entschließung des Patienten — ausgeschlossen sind, während infolge der gleichzeitigen Unterernährung Eiweiß und namentlich Fett, das ja bei Unterernährung immer die Kosten trägt, zerfallen. Künstliche Zufuhr von Kohlehydraten läßt sehr rasch die Azetonurie verschwinden. Es handelt sich also nicht um eine dem Wesen der betreffenden Krankheit eng verbundene, gewissermaßen immanente Stoffwechselstörung, sondern nur um etwas rein Aeüßerliches, dem Organismus Aufgezwungenes, nicht eine Stoffwechsel-, sondern eine „Ernährungsanomalie“, die leicht zu beheben ist.

Wie verhält sich demgegenüber die Azetonurie beim Diabetes? — Daß sie quantitativ von den genannten Azetonurien sehr verschieden ist, ist lange bekannt. Die Ausscheidung der Azetonkörper im Diabetes nimmt Dimensionen an, die mit den beim Hunger oder anderen Zuständen nicht im entferntesten zu vergleichen sind.

Handelt es sich aber auch um etwas prinzipiell Verschiedenes? Das ist nicht der Fall. Nur ist das Moment, das die Azetonurie herbeiführt, nämlich der Mangel der Kohlehydrate, bei den vorher genannten zu Azetonausscheidung führenden Krankheiten ein vorübergehendes, beim Diabetes dagegen ein dauerndes. Das Wesen des Diabetes beruht, wie wir wissen, in einer mangelnden Fähigkeit des Organismus, die Kohlehydrate zu verwerten. Je mehr dieselbe gelitten hat, um so größer ist ceteris paribus auch die Neigung zur Azetonurie. Daraus allein erklärt sich, warum gerade im Diabetes

das Auftreten der Azetonsubstanzen eine so große Rolle spielt, warum es grundsätzlich so viel bedeutender ist, als bei allen anderen Affektionen. Daraus leitet sich der weitere Satz ab, daß nicht nur die Höhe der Zuckerausscheidung im Verhältnis zu den eingeführten Zuckerbildnern, sondern vor allem auch die Höhe der Azetonausscheidung einen Maßstab für die Schwere des diabetischen Prozesses bildet, d. h. für den Grad, in welchem die Zuckerausscheidung im Organismus gelitten hat. Toleranzbestimmungen bloß aus der Zuckerausscheidung sind einseitig; sie müssen bei manchen Fällen ergänzt werden durch die Bestimmung der Azetonkörper.

Ich betonte vorhin ausdrücklich: „Höhe“ der Azetonkörperausscheidung. Damit ist eigentlich schon gesagt, daß dieser diagnostische Maßstab für die Praxis Schwierigkeiten bietet, denn exakte quantitative Azeton- resp. Azetonkörperbestimmungen sind in der Praxis nicht durchzuführen.

Indessen bietet einen gewissen Ersatz dafür die Azetonringprobe, wie sie als Modifikation der alten Legal'schen neuerdings von Weintraud angegeben worden ist und dem Arzt bestens empfohlen werden kann.

Sie wird so angestellt, daß in einer Eprouvette zum Urin Natriumnitroprussid und einige Tropfen Eisessig gesetzt werden. Dann läßt man in das schräg gehaltene Röhrchen etwas Ammoniak einfließen. Bei Gegenwart von Azeton bildet sich an der Berührungsstelle ein Ring, der je nach der vorhandenen Menge schmal oder breit ist und zwischen blaßrosa und dunkelrot in allen Nuancen variiert. Bei einiger Uebung kann man aus dieser kolorimetrischen Probe die Gegenwart kleinerer oder größerer Azetonmengen schließen.

Geringe Azetonspuren haben, so sehr gewöhnlich die Mitteilung davon die Patienten erschreckt, im allgemeinen nicht viel zu bedeuten. Man findet sie auch bei ganz leichten Fällen von Diabetes, wenn die Kohlehydratzufuhr eine Zeit lang sich zu sehr unterhalb der Toleranzgröße gehalten hat, also unzureichend war. Geht man dann mit der Kohlehydratgabe innerhalb der erlaubten Grenzen in die Höhe, so verschwindet meist die Azetonurie völlig. Eine Ursache zur Beunruhigung liegt kaum je vor. Oft findet man auch bei leichten Fällen Azeton, wenn kurz, nachdem der Diabetes festgestellt worden ist, eine rigorose Kohlehydratbeschränkung einsetzt. Aber hier sieht man dann — auch ohne Kohlehydratzulage — das Azeton verschwinden, indem nunmehr der Organismus sich an die veränderten Ernährungsverhältnisse gewöhnt.

Bedenklicher wird die Sache schon, wenn neben dem Azeton Azetessigsäure auftritt, d. h. also die Gerhardt'sche Eisenfluidreaktion, die immer noch die beste Probe darauf darstellt, positiv wird. Auch wenn anfänglich dabei das Azeton nur in geringen

Quantitäten auftritt, sind diese Fälle doch schon prognostisch ungünstiger zu bewerten; ein vollständiges Schwinden der Azetonurie kommt nur selten vor, im Gegenteil zeigt diese die Neigung zum Fortschreiten.

Die prognostisch ungünstigsten Formen stellen diejenigen Fälle dar, in welchen neben Azetessigsäure größere Mengen von Azeton auftreten. Sie zeigen nach den obigen Ausführungen ein äußerst mangelhaftes Kohlehydratverwertungsvermögen. Immerhin sind auch sie, wie wir sehen werden, durch eine geeignete Therapie, wenigstens zeitweise, günstig zu beeinflussen.

Vor Besprechung der Prinzipien der Behandlung der diabetischen Azetonurie muß kurz auf die Gefahren des Zustandes eingegangen werden. Worin bestehen diese?

Es ist ohne weiteres klar, daß man dabei zweierlei unterscheiden muß. Einmal das Auftreten der Azetonkörper als Folge der diabetischen Stoffwechselstörung. Es zeigt sich bis zu einem gewissen Grade auch die Intensität der diabetischen Störung, d. i. die Insuffizienz in der Kohlehydratverwertung an. Je größer die Azetonurie, um so größer die Schwere der Erkrankung.

Und zweitens die Azetonurie in ihrer Einwirkung auf den Organismus. Die Azetonkörper als intensiv saure Substanzen führen zu einer Ueberladung des Blutes mit Säuren und damit zu einer „Säurevergiftung“ des Körpers. Freilich sind wir mit diesem allgemeinen Ausdruck noch nicht zu einer völligen Einsicht in das Wesen aller Prozesse gelangt, die sich im Organismus bei Azetonurie abspielen und den Kulminationspunkt das Coma diabeticum darstellt.

Diese Azidosis bekämpft die von Stadelmann inaugurierte Alkalibehandlung. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß diese Art der Therapie nur eine symptomatische sein kann. Sie sucht den Organismus vor den Folgen der Säurevergiftung zu schützen, indem sie den Selbstschutz, den er dagegen besitzt, d. h. seinen Vorrat an Alkalien, durch Alkalizufuhr erhöht. Das hat natürlich seine Grenzen, die in der Menge von Alkalien, welche der Organismus bilden und zur Neutralisation der Säure benützen kann, gegeben sind.

Und diese Grenzen sind sehr eng, viel enger, als wir früher angenommen haben. Wir wissen heute, daß die Qualitäten von Säuren, die bei Patienten, welche an Coma zugrunde gegangen sind, an den Organen darstellbar sind, ganz außerordentlich groß sind, so groß, daß ihre Neutralisation durch Alkalizufuhr nicht im entferntesten möglich ist. Es folgt daraus, daß die Darreichung von Alkalien frühzeitig einsetzen muß, wenn sie einen Erfolg erzielen soll, zu einer Zeit, wo die Säurebildung noch nicht so groß ist, wo also

verhältnismäßig geringe Mengen von Azeton ausgeschieden werden. Sie hat also in der Hauptsache einen prophylaktischen Wert; freilich muß man auch dabei mit dreisteren Dosen vorgehen, als das in der Praxis vielfach noch geschieht. Die Verordnung beispielsweise von drei Messerspitzen kohlensauren Natrons pro Tag, wie sie vielfach noch geübt wird, ist gänzlich wirkungslos. 20 g pro die ist ungefähr die Tagesgabe, mit der man einen Effekt erwarten darf. Dieser Effekt zeigt sich für den Praktiker, der keine gründlichen Untersuchungen machen kann, am besten in dem Alkalisichwerden des Harns. Bis alkalische Reaktion eintritt, soll also das kohlensaure Natron (aber auch Natr. citric.) fortgegeben werden. Dem ausgebrochenen Coma gegenüber völlig machtlos, kann diese Alkalitherapie der beginnenden Säuerung des Körpers gegenüber doch ihre Gefahren für den Organismus mindern.

Wie steht es nun mit einer kausalen Therapie der Azetonurie? Können wir die Bildung der Azetonkörper beim Diabetiker verhindern oder wenigstens verringern?

Wir sahen vorhin, daß die einzigen Stoffe, welche „anti-azetonurisch“ wirken, die Kohlehydrate oder ihnen nahestehende Substanzen sind. Freilich nur da, wo wirklich ihre Verwertung im Organismus stattfindet. Ist dies nicht der Fall, wie bei den schweren mit Azetonurie verbundenen Formen des Diabetes, dann müßte auch die Kohlehydratzufuhr nutzlos sein.

Die Aufgabe wäre demnach, die Toleranz für die Kohlehydrate zu verbessern. Hier setzen nun die modernen „Kohlehydratkuren“ ein, die auf anderen als bisher betretenen Wegen die darniederliegende Assimilationskraft der Kohlehydrate heben und damit gleichzeitig die Azetonurie bekämpfen.

Diese „Kohlehydratkuren“ beruhen auf dem Prinzip, daß für die bessere Ausnutzung des Kohlehydrats nicht sowohl die Entziehung des Kohlehydrats als vielmehr die gleichzeitige Darreichung anderer Nahrungsmittel maßgebend ist.

Speziell gilt das vom Eiweiß. Größere Gaben von Eiweiß, speziell von Fleischeiweiß, schädigen die Kohlehydrattoleranz. Umgekehrt verbessert ihre Entziehung die Assimilation, auch wenn nunmehr die Kohlehydratzufuhr erhöht wird. Die Ausnutzung des Kohlehydrats kann unter Umständen weniger von den gereichten Kohlehydraten als von den anderen Nahrungsmitteln abhängen, und zweckmäßige Auswahl der letzteren macht es möglich, größere Mengen von Kohlehydraten zu verabreichen, als es sonst der Fall wäre.

Von den verschiedenen „Kohlehydratkuren“, die zur Bekämpfung der Azetonurie angegeben worden sind, hat sich praktisch am meisten die „Haferkur“ bewährt. Sie beruht darauf, daß

mehrere Tage eine Diät gereicht wird, die aus 250 g Hafermehl, etwa 75—100 g pflanzlichem Eiweiß und 150 bis 200 g Butter besteht.

Die Hauptsache bei dieser, wie bei allen anderen Kohlehydratkuren, scheint die Verminderung der Eiweißzufuhr zu sein. Sie soll nicht nur an den eigentlichen Kurtagen einsetzen, sondern die besten Resultate bezüglich Verminderung der Azetonurie und Glykosurie werden erzielt, wenn einige Tage vorher eine Fett- und Gemüsediat gereicht wird, die am besten dann auch wieder den Abschluß der Hafertage bildet.

Man hat über die Wirkung solcher Kohlehydratkuren, deren Typus die Haferkur bildet, viel gestritten. Von den zahlreichen Hypothesen ist die ansprechendste die von Rosenfeld.

Nach Rosenfeld gibt es zwei Wege, den Zucker zu oxydieren. Der eine führt über das Glykogen, d. h. also über das Organ, das im Körper das Hauptdepot für das Glykogen darstellt, nämlich die Leber: Es ist der „hepatische“ Weg. Er ist dem schweren Diabetiker verschlossen. Der andere, der „anhepatische“, also mit Umgehung der Leber, ist auch in schweren Fällen, wenigstens bis zu einem gewissen Grade noch gangbar. Reichliches Eiweiß, namentlich Fleischeiweiß, scheint nun die Kohlehydrate auf den hepatischen Weg zu dirigieren, während umgekehrt die Verminderung der Eiweißzufuhr die anhepatische Verbreitung der Kohlehydrate und damit ihre bessere Verwertung im Organismus zur Folge hat.

Es käme also bei den verschiedenen Kohlehydratkuren weniger auf das gereichte Kohlehydrat selbst, als auf die „Beikost“ an. Das prinzipiell Richtige ist immer die quantitative Berücksichtigung des Eiweißes der Nahrung; daneben kommen auch qualitative Gesichtspunkte insofern in Betracht, als Pflanzeneiweiß günstiger auf das Verschwinden der Azetonurie und Glykosurie zu wirken scheint, als Fleischeiweiß.

Steht man auf diesem Standpunkte, dann kann man verstehen, warum mit den verschiedensten Kohlehydraten Erfolge erzielt worden sind, und warum im einzelnen Fall bald die „Milchkur“, bald die „Reiskur“, bald die „Kartoffelkur“, sich bewährt hat. Leugnen läßt sich allerdings nicht, daß in praxi die Haferkur die besten Erfolge aufweist, so daß manche Autoren sogar von einer „spezifischen“ Wirkung der Haferstärke, im Gegensatz zu den anderen Stärkearten, gesprochen haben.

Es ist also nach dem heutigen Stande unserer Kenntnis bei der Behandlung der Fälle von Diabetes mit Azetonurie von Wichtigkeit, die Kohlehydratzufuhr in einer Form zustande zu bringen, die dem Organismus auch wirklich nützt. Nutzbringend ist sie aber nur bei gleichzeitiger Beschränkung der Eiweißzufuhr. Auf letztere

muß der Praktiker mehr sein Augenmerk richten, als es unter dem Einflusse der alten klassischen Lehre von der einseitigen Kohlehydratbeschränkung als Heilmittel des Diabetes bisher geschehen ist.

Journal-Auszüge.

Anaesthesie, Narkose.

Zahnarzt Czerwinski (Danzig) verwendet zur **Lokalanaesthesie bei Pulpaextraktionen und Zahnfüllungen** die von den Höchster Farbwerken hergestellten „Novokain-Suprarenin-Stäbchen“ mit sehr gutem Erfolge. Die Anwendung geschieht am besten folgendermaßen: Man wischt die Kavität mit einem Wattebausch aus, aber nicht ganz trocken, legt dann das Stäbchen, wenn irgend möglich, auf die freiliegende Pulpa und läßt es zergehen. Nachdem es zerflossen ist, nimmt man ein Stückchen unvulkanisierten Kautschuk und fängt mit gelindem Druck an, gegen die Pulpa zu pressen. Nach ganz kurzer Zeit, zwei bis drei Minuten, ist der Nerv so weit anaesthetisiert, daß er auf keinen Druck mehr reagiert, und nun kann man mit der Amputation resp. Extraktion der Pulpa beginnen.

(Archiv für Zahnheilkunde 1912 Heft 7. —
Münchener med. Wochenschrift 1912 Nr. 13.)

Ueber Chloräthylrausch und -Narkose. Von Marine-Assistenzarzt Dr. Baumann (Aus dem Marinelazarett Kiel-Wik, Chirurgische Abteilung). In einigen Worten möchte Verfasser die Erfahrungen darlegen, die im Marinelazarett Kiel-Wik bei Anwendung dieses Narkotikums gemacht wurden. Zur Ausführung des Rausches oder der Narkose kann außer der Sudeck'schen Maske folgende, bereits von anderer Seite empfohlene Maske verwendet werden: Eine kleine Chloroformmaske wird außen mit wasserdichtem Stoff bespannt, der über der Mitte der Maske ein etwa erbsengroßes Loch hat. Unter diesem Loch, an der Innenseite der Maske, ist ein etwa nußgroßer Wattebausch angebracht. Vor allem ist eine Maske zu wählen, die die Nase möglichst gut von seitlich einströmender Luft abschließt. Soll der Patient nun in Chloräthylrausch oder -narkose versetzt werden, so gibt man in die Maske von innen auf den Wattebausch etwa eine halbe kleine Tube (7 ccm) Chloräthyl; noch besser wird aus zwei Tuben gleichzeitig das Chloräthyl auf die Watte gesprayt, um die erforderliche Menge des Narkotikums mög-

lichst rasch in die Maske zu bringen und damit die Dämpfe tunlichst ausnützen zu können. Nach Auflegen der Maske kommt der Patient nun in etwa einer halben Minute in einen Rauschzustand (prä-narkotisches Stadium), der für kleine chirurgische Eingriffe meistens, jedoch nicht immer, hinreichende Analgesie hervorruft. Nach diesem Rauschstadium tritt nur vereinzelt ein erwähnenswertes Stadium der Exzitation auf (bei Potatoren, Rauchern u. dgl.); dieses Stadium konnte immer dadurch vermieden werden, daß dem Patienten eine halbe Stunde vor dem Eingriff Morphin (0,015 g) oder Eskopolmorphin (Eskopol 0,0005 g, Morphin (0,015 g) subkutan gegeben wurde. Bei ambulanten Kranken wurde dies aber aus naheliegenden Gründen nur ausnahmsweise angewandt. Trat jedoch einmal ein Exzitationsstadium auf, so war dies nur von sehr kurzer Dauer und nie in dem Maße vorhanden, wie beim Aetherrausch. Nach dem Stadium des Rausches bzw. der Exzitation tritt nun das Stadium des Schlafes ein (also nach etwa $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Minuten). Sobald die in der Maske vorhandene Menge Chloräthyl nicht mehr genügte, wurde durch die oben erwähnte Oeffnung auf den Wattebausch nach Bedarf Chloräthyl gesprayt, bis sich der Patient in festem Schlaf befand, völlige Muskeler schlaffung eingetreten war. (Uebergang zur eigentlichen Chloräthylnarkose.) Dieses Stadium hat sich nun immer in ausgezeichneter Weise zu kurz dauernden chirurgischen Eingriffen geeignet erwiesen, so zur Entfernung von oberflächlich sitzenden Geschwülsten und leicht auffindbaren Fremdkörpern, zu Rippenresektionen, zur Amputation und Exartikulation von Fingern, zur Reposition von schweren Frakturen. Nur in zwei Fällen war das Resultat der Anästhesie nicht völlig befriedigend; diese Fälle waren unter den ersten der Versuche, und mit Sicherheit lag der Grund des nicht vollständigen Gelingens in technischen Fehlern (zu spätes oder nicht genügendes Nachsprayen). Auch zu länger dauernden Eingriffen wurde das Chloräthyl vereinzelt verwendet und durchwegs mit gutem Erfolg; praktische Bedeutung dürfte jedoch in solchen Fällen das Chloräthyl kaum bekommen, infolge des relativ hohen Preises der Tuben. Kontraindikationen wurden bis jetzt (die Versuche wurden nahezu während eines ganzen Jahres gemacht) nicht gefunden. Um nun die Vorzüge des Chloräthylrausches bzw. der Chloräthylnarkose gegenüber dem Aetherrausch, die im hiesigen Lazarett besonders hervortraten, zusammenzufassen, seien folgende Punkte erwähnt: Keiner von sämtlichen Patienten (es war eine ziemliche Anzahl von Potatoren unter denselben) bekam je Atmungsbeschwerden. Ueber Erstickungsgefühl wurde nie geklagt, auch nicht von Patienten, die infolge wiederholter Behandlung unter Aetherrausch schon von vornherein mit der Absicht kamen, sie hätten wieder das Unangenehme des Erstickungsgefühles durchzumachen.

Nur in ganz vereinzelt Fällen war ein erwähnenswertes Exzitationsstadium vorhanden; trat dieses wirklich auf, so war es von sehr kurzer Dauer, ein ziemlich großer Vorzug vor dem Aetherrausch. Was jedoch ganz besonders schätzenswert ist, besonders für ambulante oder Bordbehandlung, ist der Umstand, daß die Patienten immer eine bis zwei Minuten nach der Narkose völlig klar waren, immer konnten dieselben ohne irgend welche Hilfe und ohne Beaufsichtigung sich nach Hause begeben. Es zeigte sich keinerlei unangenehme Nachwirkung (Erbrechen u. dgl.), wie sie beim Aetherrausch so oft auftritt. Zum Schluß sei noch erwähnt, daß bei Anwendung des Chloräthyls keine Vorbereitungen (Injektion von Morphinum einige Zeit vor dem Eingriff) unbedingt zum guten Resultat erforderlich sind und sich infolgedessen die Chloräthylnarkose für sofort erforderliche Eingriffe sehr schmerzhafter Art ganz besonders eignet. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 17.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion.

Dr. Hirschbruch und Dr. Levy in Metz stellten eigene praktische Versuche der **Zimmerdesinfektion mit Autan und Perautan** an. Das Autan besteht aus Paraform und Bariumsuperoxyd im Verhältnis 1 : 2 und kommt in geschlossenen Blechbüchsen in den Handel, indem jedes der beiden Mittel für sich in Papierbeutel enthalten ist; außerdem enthält jede Büchse noch ein Gemenge von Ammoniaksalz mit Kalk (zur Entwicklung von Ammoniak). Beim Perautan wird dem Gemenge noch Kaliumpermanganat hinzugesetzt. Beide Verfahren besitzen den großen Vorteil, daß besondere Apparate nicht erforderlich sind, vielmehr genügt es — nach vorheriger Abdichtung der Fenster, Türen, Ritzen — in einem Eimer oder Kübel das betreffende Desinfektionsmittel mit Wasser zu vermischen, worauf die Entwicklung der Dämpfe vor sich geht. Die Einwirkungsdauer soll fünf bis sieben Stunden betragen. Wie die Verfasser an einer Reihe von Versuchen feststellten, eignen sich diese Verfahren für die praktische Desinfektion recht gut, da beiden Arten eine erhebliche Desinfektionswirkung zukommt, und die Anwendung eine einfache, bequeme ist. Der dem Formalin gegenüber erheblich höhere Preis wird zum Teil dadurch ausgeglichen, daß die Kosten für Anschaffung von Apparaten und den Transport, wie sie bei dem gewöhnlichen Formalinverfahren entstehen, fortfallen. Eine wesentliche Tiefenwirkung kommt aber beiden Verfahren nicht zu. Deshalb soll ebenso wie beim Formalin das Verfahren nur angewendet werden, wenn es sich um oberflächlich infizierte Gegenstände handelt; zweckmäßig ist es, diese Gegenstände hoch, möglichst nahe dem Entwicklungsgefäß aufzuhängen. Außer Milzbrandsporen werden

bei der gewöhnlichen Menge, die von Autan und Perautan verwendet werden, alle Bakterien abgetötet. Bei der Verwendung der doppelten Menge werden aber auch Milzbrandsporen abgetötet.

(Zeitschrift für Med.-Beamte 1912 Nr. 12. —
Deutsche Med.-Zeitung 1912 Nr. 39.)

Ueber Noviform. Von Dr. med. W. Michaelis (Aus der orthopädisch-chirurgischen Poliklinik in Leipzig). Verfasser schreibt: „Die großen Vorzüge der aseptischen Wundbehandlung schließen es nicht aus, in geeigneten Fällen auch die Pulverantiseptika in Anwendung zu nehmen. Wir sind verpflichtet, für die glatte Heilung der Operationswunden in jeder Hinsicht zu sorgen und die Einrichtungen zu dieser Sicherheit möglichst zu vervollkommen. Diese Aufgabe erleichtern wir wesentlich, wenn wir für gewisse Zwecke die aseptische Wundbehandlung durch die Antiseptik unterstützen. Bei der Wundbehandlung kommt es nicht allein darauf an, daß wir die Wunden mit Hilfe unserer aseptischen Vorkehrungen vor der Infektion mit pathogenen Bakterien schützen, sondern wir müssen auch darauf bedacht sein, den Körper im Kampf gegen die Bakterien zu unterstützen. Mit dem Prinzip der Asepsie haben wir nicht nur eventuelle schädliche Einwirkungen der Antiseptik, sondern auch ihre Vorteile ausgeschaltet. Die frische Operationswunde erhielt jedesmal eine gewisse Menge des angewandten Antiseptikums als Schutz gegen die Infektionsgefahr in den ersten Tagen, und wenn auch das Antiseptikum nicht genügte, um in der Wunde dauernd die Entwicklung von Bakterien zu verhindern, unterstützte es die Gewebe in der gefährlichsten Zeit im Kampf mit den Bakterien. Zu diesem Zwecke werden die fein vernähten Wunden in unserer Poliklinik und Privatklinik seit drei Jahren mit Xeroform bestreut. Die so behandelten Wunden heilen reaktionslos bei spärlicher Sekretion. Das stark und unangenehm riechende Jodoform wies, trotz aller Versuche, den Geruch zu verdecken und die Reizwirkungen durch Verbindung mit indifferenten Mitteln zu beheben, nur unwesentliche Fortschritte in der Beseitigung dieser Uebelstände auf. Unter den jodoformhaltigen Antiseptica hat sich nur das Jodoformin und Jodoformal als weniger intensiv im Geruch gezeigt, alle anderen nicht jodoformhaltigen Ersatzmittel, deren die chemische Industrie eine große Reihe auf den Markt gebracht hat, konnten das Jodoform nicht ersetzen. Wir bevorzugen das Xeroform, das H ü p p e seinerzeit wegen seiner desinfizierenden und adstringierenden Eigenschaften gegen Cholera empfohlen hat; es ist wegen seiner völligen Reizlosigkeit und seines schwachen Geruches ein sehr brauchbares Mittel. Besonders zweckmäßig erwies es sich durch seine Feinkörnigkeit, wodurch es bei einfachem Bestreuen in alle feinen Fugen einzu-

dringen vermag. Dies ist für die Trockenhaltung der Wunden unumgänglich notwendig. Vor einigen Monaten ist uns ein „verbessertes Xeroform“ unter dem Namen Noviform zu Versuchszwecken übermittelt worden. Die chemische Konstitution des neuen Körpers ist Tetrabrombrenzkatechinwismut. Wir haben das sterilisierte Noviform, wie früher das Xeroform, auf die genähte Operationswunde gestreut und darüber einen einfachen Gaze-Watte-Verband gelegt. Das Noviform ist ungiftig (Versuche von Dr. v. Hayek in Innsbruck) und vollständig geruchlos, es desodorisiert die Haut und reizt sie selbst an empfindlichen Stellen nicht. Das Noviform scheint nach den bakteriologischen Versuchen von Dr. Bayer in Innsbruck eine größere Tiefenwirkung zu haben als das Jodoform, denn während dieses keine Tiefenwirkung zeigte, wirkt Noviform 1,5 cm unterhalb der mit Noviform bestreuten Oberfläche (Staphylokokken). Die antiseptische Wirkung beruht auf der Abspaltung von Brenzkatechin, dessen desinfizierende Kraft durch die Einführung des Broms bedeutend erhöht wird. Das Noviform ist leicht sterilisierbar und reaktionslos gegen Lichteinwirkung. Es kann wie Xeroform absolut reizlos genannt werden und ist vollständig geruchlos. Ein Vorteil ist auch die Eigenschaft, daß das Noviform sich nicht zusammenballt und nicht zu Sekretionsverhaltung führt. Wir haben das Streupulver auch bei Wundflächen verwendet und es auch da als sekretionsminderndes, desodorierendes, dabei ungiftiges Mittel schätzen gelernt, das den besonderen Vorzug der Reiz- und Geruchlosigkeit besitzt.“ (Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Desinfektion des Operationsfeldes bei Impfungen. Von Med.-Rat Dr. Brauns (Eisenach). Verfasser unterzieht die neueren Bestimmungen, die in Preußen über die Vornahme der Impfung (Min.-Erl. vom 10. März 1911) getroffen sind, wonach die Impfung als chirurgische Operation und namentlich nach vorheriger Alkoholabreibung der Impfstelle auszuführen ist, einer Kritik und kommt zu dem Ergebnis, daß mit dieser Abreibung eine wirkliche Desinfektion keinesfalls zu erzielen sei, und daß auf jede Art der Desinfektion besser verzichtet werde, da dadurch nur Hyperämie erzeugt und das Eintreten schädlicher Blutungen nach erfolgter Impfung begünstigt werde. Bei richtiger Impfung, d. h. seichtem Einschnitt ohne Blutung, trocknet das austrocknende Serum schnell ein und wird sofort ein genügender Schutz gegen das Eindringen von Infektionskeimen gebildet. Tatsächlich kommen nach solchen Impfungen, wie auch Verfasser an mehreren tausend Impfungen festgestellt hat, keinerlei Schädigungen vor. So kommt Verfasser zur Verwerfung jeder Desinfektion des Impffeldes. Mit dieser Ansicht steht Verfasser nicht allein; vielmehr sind mit ihm viele Impf-

ärzte derselben Ansicht, daß die vorgeschriebene Alkoholabreibung überflüssig und entbehrlich ist, jedenfalls nicht ausreichend, um wirklich das Impffeld steril zu machen.

(Zeitschrift für Med.-Beamte 11/12. —
Deutsche Med.-Zeitung 1912 Nr. 42.)

Appendicitis.

Ein Fall von akuter Appendizitis mit Ileus. Von O. Baer (Hamburg). D. A., 13 Jahre alt, gut entwickelter Knabe, in mittlerem Ernährungszustand, etwas blaß. Patient erkrankte aus voller Gesundheit. War früher nie krank, hatte niemals Beschwerden beim Stuhlgang, niemals Leibschmerzen. Drei Tage vor seiner Aufnahme verspürte Patient in der Nacht heftige Schmerzen am Rücken und ganzen Leib, die sich später in der Nabel-, schließlich in der rechten Unterbauchgegend lokalisierten. Die Schmerzen, die sich nachts nur zeitweise äußerten, wurden am Tage so stark, daß Patient das Bett hüten mußte. Patient begab sich in Behandlung des Arztes. Gegen Abend mußte er mehrmals erbrechen. Der Stuhlgang, der sonst immer normal war, blieb aus. Patient konnte urinieren, doch hatte er dabei heftige Schmerzen im Leibe. Temperatur normal, Puls 96, regelmäßig, mittel. Am nächsten Morgen traten plötzlich kolikartige Schmerzen auf, Erbrechen von grünlichen Massen. Fehlen von Flatus und Stuhl, allmählich zunehmender Meteorismus. Temperatur 38,2, Atmung sehr flach, Puls 120, klein, unregelmäßig. Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose auf akuten Darmverschluß. Einlieferung ins Krankenhaus zur Operation. Status: Sehr blaß aussehendes Individuum mit tief in den Höhlen liegenden Augen. Temperatur 39,5, Puls 128, sehr labil, Atmung schnell und flach. Die Spannung des Abdomens prall, Tympanie, Abdomen auf Druck schmerzhaft, Rousing stark positiv. Man kann deutlich die Darmschlingen sehen. Trotz des gleichmäßig gespannten Abdomens eine ausgesprochene Resistenz in der Ileozökalgegend und eine nachweisbare Dämpfung über dem rechten Darmbeinkamm. Untersuchung per anum: Dickdarm leer, teigige Vorwölbung im rechten Douglas, auf Druck schmerzhaft. Oefters galliges Erbrechen, kein Stuhl, kein Flatus, Magenausheberung fördert reichlich gallig gefärbte Massen zutage. Da die Diagnose Perforationsappendicitis mit peritonealen Reizungen und Ileus lautete, wurde sofort zur Operation unter Chloroformäthernarkose geschritten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch den typischen Appendicitisschnitt trat der Dünndarm prall gefüllt sofort entgegen. Er wird durch Hervorholen aus der Bauchhöhle zur Seite geschoben, und jetzt erst konnte man in der Tiefe die vordere Wand des Dickdarmes mit dem Coecum sehen. Letztere waren leer. Auch der Processus vermiformis war vom An-

fange an zu verfolgen, wie er sich über eine Dünndarmschlinge gelegt hatte und hinter dem Coecum verschwand. Nachdem nun das Coecum nach vorn und umgedreht war, fand man an seiner Hinterseite einen faustgroßen Abszeß, der mit dem Ende des Blinddarmfortsatzes als Decke starke Verwachsungen eingegangen war. Seitliche Tamponaden der Bauchhöhle, Eröffnung des Abszesses unter Austupfung des Eiters. Sofort entspannte sich der Blinddarmfortsatz über der Dünndarmschlinge, und Gase zwängten sich darunter hindurch in das Coecum und den Dickdarm. Appendektomie. Der Blinddarmfortsatz lag ohne jegliche Verwachsung über der Dünndarmschlinge und war nur mit seinem äußeren Ende an der Serosa des Dickdarms als Decke des Abszesses verwachsen. Versorgung des Stumpfes, Einlegen einer Drainage nach gründlichster Austupfung des Eiters, Entfernung des Tampons, Naht des Peritoneums, Fasziennaht, Hautnaht, Verband. Am nächsten Tage trat Stuhlgang ein, Temperatur fiel auf 37,5°, Befinden des Patienten gut. Nach 14 Tagen konnte Patient als geheilt entlassen werden. Präparat des Blinddarmfortsatzes; 12 cm lang, Mesenterium sehr klein, nur an der Ansatzstelle. Fortsatz kolbig verdickt, Mucosa stark gerötet, Schleimhaut stark entzündet, an der Spitze Perforation. Im äußeren Drittel ein Kotstein. Den Mechanismus des Ileus muß man sich aus dem beschriebenen Bilde folgendermaßen vorstellen: Der Blinddarmfortsatz, der in seiner physiologischen Lage über der Dünndarmschlinge gelegen war, wurde durch irgend einen Prozeß zur Entzündung gebracht, die sofort zur Perforation führte. Das Ende des Blinddarmfortsatzes, das auf der Serosa des Dickdarmes an der Hinterseite lag, bildete mit letzterer Verwachsungen, die den Eiter, der durch die Perforation entwich, zu einem Abszeß einschlossen. Durch die sich nun bildenden Gase, die durch Verlagerung des Kotsteines in dem zentralen Teile des Blinddarmfortsatzes nicht entweichen konnten, wurde der Abszeß immer größer und breiter und zog durch seine Ausdehnung in den fixierten Verwachsungen den mit ihm in Verbindung stehenden Blinddarmfortsatz mit sich. Durch diese Anspannung des Processus vermiformis wurde der Dünndarm abgeknickt, und so entstand der Ileus. Daß dieser Vorgang nur so zu erklären ist, ergibt sich daraus, daß nach Eröffnung des Abszesses die Spannung nachließ und die Passage frei wurde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 5.)

Zur Diagnose der akuten Perityphlitis mittels Auskultation. Von Dr. Ernst Unger in Berlin (Aus der Chirurgischen Privatklinik Dr. Ernst Unger). Metallisch klingende Darmgeräusche als Symptom eines Ileus sind seit langer Zeit bekannt. Verfasser hat nun in Fällen akuter Blinddarmentzündung, in den

ersten 24 Stunden der Erkrankung, abgesehen von den gewöhnlichen Darmgeräuschen oder dem Ileozoekalgurren, wiederholt metallisch klingende Töne in der Gegend des Mac-Burney-Punktes wahrnehmen können: man hört, wenn man das Hörrohr ohne Druck aufsetzt, alle 10—20 Sekunden einen kurzen, deutlich hellen Metallklang. — Erforderlich zum Auftreten von Tönen ist, daß ein Darmteil sich in Spannung, ein anderer in Bewegung befindet, oder daß Gasblasen in gespannten Därmen eine Flüssigkeit passieren. Falls sich die Beobachtung an einem größeren Material bestätigen sollte, würde die Erscheinung wohl so zu erklären sein: Nächst dem Wurmfortsatz ist in erster Linie das Coecum affiziert, seine Wand wird gedehnt und gespannt; das Ileum ist im Beginn noch nicht mitbetroffen, es besitzt noch seine gewöhnliche Peristaltik und spritzt seinen flüssigen Inhalt in das Coecum hinein. Die Tropfen fallen entweder auf die gespannte Wand des Coecums, wenn letzteres leer ist, oder auf den unter dem Druck des Gases stehenden Inhalt; auch können sich im Coecum Luftblasen bilden und gegen die Zoekalwand anschlagen; es entsteht ein metallisch klingender Ton, nicht so laut wie beim Ileus, aber etwa von der gleichen Klangfarbe. Das Phänomen ist nach Verfassers Erfahrungen vorhanden, wenn der Entzündungsprozeß auf Wurmfortsatz und Coecum beschränkt ist, also im Beginn der akuten Appendizitis; es fehlt, wenn die Peristaltik des Dünndarms erloschen ist, also bei beginnender Peritonitis; es fehlt ferner, was differentialdiagnostisch verwertbar ist, wenn ein katarrhalischer Zustand größerer Darmpartien vorliegt und der entzündliche Prozeß nicht seinen Ursprung am Coecum hat. So vermißte Verfasser jene Töne in zwei Fällen stielgedrehter Ovarialtumoren, die unter der Diagnose „Perityphlitis“ eingeliefert wurden. Somit könnte das Phänomen von diagnostischer Bedeutung werden, wo Palpation und andere Untersuchungsmethoden versagten, z. B. bei dicken Bauchdecken. Diese Zeilen sollen, ohne ein endgültiges Urteil abzugeben, nur zur Nachprüfung an einem größeren Material anregen.

(Zentralblatt für Chirurgie 1912 Nr. 40.)

Arteriosklerose.

O. Foerster (Breslau): **Arteriosklerotische Neuritis und Radiculitis.** Dieselbe ist anatomisch sichergestellt durch Untersuchungen besonders von Oppenheim und Siemerling und Schlesinger. Die Zahl der Beobachtungen in der Literatur ist gering. Trotzdem ist die Affektion häufig. Sie tritt sogar nicht selten schon im früheren Alter auf (fünf Fälle des Verfassers standen zu Beginn der 50er Jahre). Die Neuritis erscheint nur als ein Glied in der Kette der Erscheinungen der allgemeinen Arteriosklerose und der Arteriosklerose des Zentralnervensystems, deren Erscheinungen in

• buntem Wechsel miteinander abwechseln und sich zueinander gesellen. Sechsmal bestand Cruralisneuritis, dreizehnmal Ischiadicusneuritis, dreimal Blasenstörungen, viermal Neuritis im Bereich der Armnerven, zweimal Trigemini neuritis. Im Vordergrund stehen stets die Schmerzen, es fehlt die Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln, ebenso objektive Sensibilitätsstörungen, die Sehnenreflexe fehlen, oft bestehen ausgedehnte motorische Lähmungen. Nicht selten zu Beginn Auftreten der Beschwerden erst nach längerem Gehen, wie bei echter Claudicatio intermittens, unterscheidet sich aber von dieser durch das Bestehen der Pulse an den Beinarterien. Die Claudicatio intermittens ist die Folge der beginnenden Arteriosklerose der Nerven. Charakteristisch ist der Verlauf, er charakterisiert sich durch die Tendenz zu Remissionen, ja vollkommener Heilung einerseits und die Tendenz zu häufigen Rezidiven und allmählicher Ausbreitung des Prozesses auf andere Nervengebiete. Die Remission betrifft in diesen Fällen auch die Symptome der Arteriosklerose des zentralen Nervensystems.

Diskussion: Schuster (Berlin) fragt, wie sich der Vortragende zu der Frage der Differentialdiagnose der arteriosklerotischen Neuritis gegenüber der rein senilen Natur stellt. Foerster (Schlußwort): Anatomisch ist die echt arteriosklerotische Neuritis von der einfach senilen sicher zu unterscheiden, auch klinisch hebt sich letztere ab durch das Fehlen der allgemeinen arteriosklerotischen Erscheinungen und die vorhandene Druckempfindlichkeit.

(VI. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Hamburg. — Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 20.)

Ein Fall von Angiosklerose der Darmarterien (Dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis) mit intermittierendem Hinken (Dysbasia angiosclerotica). Von Dr. G. A. Friedman (New-York). 46jähriger Mann, sicher syphilitisch, der an Anfällen von äußerst schweren Darmkoliken litt. Im späteren Verlauf der Krankheit gesellte sich noch intermittierendes Hinken (des linken Beines) hinzu. Gallensteine, Magengeschwür, Duodenalgeschwür konnten sicher ausgeschlossen werden. Da keine tabischen Symptome bestanden hatten, konnten die Anfälle gewiß nicht als gastrische oder intestinale Krisen aufgefaßt werden. Die Tatsache, daß die Schmerzen nur am Abend auftraten, war etwas Außerordentliches, auch daß sie wie „vom blauen Himmel“ kamen und ebenso plötzlich verschwanden. Die Intensität derselben war auch ganz außergewöhnlich. Und deshalb glaubt Verfasser hier mit einem sklerotischen Prozeß der Darmarterien (wahrscheinlich der Arteria mesenterica superior) zu tun zu haben, die ja bekanntlich den untersten

Teil des Duodenums, den ganzen Dünndarm und Dickdarm bis zum Colon descendens mit Blut versorgt. Als ätiologisches Moment konnte hier Syphilis die Ursache sein; gewiß war der sklerotische Prozeß nicht die alleinige Ursache. Es mußte sich noch ein spastischer Zustand intermittierend hinzu addieren. Entweder kann hier in Betracht kommen, nach O r t n e r, ein Versagen der Vasodilatoren, oder nur durch Reizung der Konstriktoren entstandene intermittierende Ischämie mit intermittierender Lähmung der Darmabschnitte. In dem intermittierenden Hinken können wir eine Bestätigung finden, daß die Annahme einer Angiosklerose der Darmarterien hier die richtige sei. Salvarsan hatte Verfasser dem Patienten zunächst nicht gegeben, sondern ihn nach der alten Methode behandelt. Das intermittierende Hinken verschwand schon nach zwei Wochen vollständig, nach sechs Wochen hat er acht Pfund an Gewicht zugenommen. Patient kann ganz gut am Abend gehen, was er seit 15 Monaten nicht tun konnte; Patient klagt aber jetzt über ein Gefühl von leichter Schwäche im rechten Bein. Nachträglich ließ Verfasser ihm noch Salvarsan geben, und seitdem ist er völlig beschwerdefrei geblieben und geht völlig normal. Ueber die Besserung der Anfälle von Darmschmerzen weiß Verfasser noch nichts zu sagen; er glaubt aber das Uebel an der Wurzel ergriffen zu haben, wie aus dem Verschwinden der Claudicatio intermittens im linken Bein zu ersehen ist. (Berlin. klin. Wochenschrift 1912 Nr. 43.)

Dysbasia arteriosclerotica und Plattfuß. Von Dr. Brandenstein (Aus der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Jüdischen Gemeinde in Berlin). Verfasser schildert drei Fälle. Bei allen drei Patienten findet sich beiderseits Plattfuß. Ob das Zusammentreffen desselben mit der Erkrankung der Gefäße ein zufälliges ist, oder ob ein Zusammenhang zwischen den beiden Leiden besteht, entzieht sich der Beurteilung. Wenn man berücksichtigt, daß arteriosklerotische Prozesse der Fußarterien nicht selten als Nebenfund aufgedeckt werden, ohne daß der Träger der Krankheit durch die arteriosklerotischen Veränderungen nennenswert belästigt wird, so ist es zu verstehen, daß beim gleichzeitigen Vorhandensein eines Plattfußes die Beschwerden als reine Plattfußbeschwerden in einer Anzahl von Fällen gedeutet werden müssen, und dementsprechend wird man auch bei solchen Patienten mit der Behandlung des Plattfußes Erfolg erzielen. Eine ähnliche Auffassung finden wir auch bei Wiesinger vertreten, der bei Patienten mit unklaren Symptomen, mit Schmerzen in den Füßen und Unterschenkeln, die außerstande waren, längere Strecken zu gehen, Patienten, bei denen die Symptome der Dysbasia arteriosclerotica nicht so klar ausgesprochen waren, von der Anwendung von Plattfüßeinlagen Nutzen

gesehen hat. Auf der anderen Seite ist zu bedenken, daß der Plattfuß nicht gerade häufig erst im vorgerückten Alter in die Erscheinung tritt im Gegensatz zu den arteriosklerotischen Gefäßveränderungen, daß die Beschwerden bei Patienten in höherem Alter also wohl meist nicht als Plattfußbeschwerden zu deuten sind und dementsprechend Plattfüßeinlagen mehr Schaden als Nutzen stiften können, weil sie Druck an den schlecht ernährten Gliedern verursachen. So war es auch bei den drei Patienten, denen von anderer Seite Einlagen verordnet waren, die jedoch die Beschwerden wesentlich steigerten. Von vornherein erschwert ist natürlich die Beurteilung, wenn es sich, wie bei den drei Fällen, um Leute handelt, die noch nicht im Greisenalter stehen. Aber gerade in solchen Fällen wird man die Beschwerden mehr als arteriosklerotische zu betrachten haben, da die bei jungen Individuen entstehende Arteriosklerose naturgemäß akutere und stärkere Beschwerden macht als im hohen Alter, wo der Prozeß sich allmählich entwickelt und die Gewebe mehr Zeit haben, sich den durch die Krankheit bedingten Veränderungen anzupassen. Dazu kommt, daß die Lebensführung jener größere Ansprüche an die Leistungsfähigkeit der Patienten stellt. Verfasser sah in der Regel von jeglicher Plattfußbehandlung ab und begnügte sich mit der Anwendung von Heißluft, der Verabreichung von Jodkali und Herzmitteln. Der Erfolg war in allen beobachteten Fällen, deren Gesamtzahl nicht gering ist, und von denen die drei nur als Beispiele vorgeführt wurden, ein absolut befriedigender. Objektiv ändert sich am Befund nichts, jedoch die Beschwerden werden wesentlich geringere, auch bei dem Patienten, bei dem sich Anhaltspunkte für Lues nicht finden. Es ist ja anzunehmen, daß Jodkali bei Patienten, die eine Lues durchgemacht haben, von größerer Wirksamkeit ist als bei Nichtsyphilitischen. Immerhin hat Verfasser auch bei letzteren von der Anwendung des Jodkali in Verbindung mit Heißluft gute Erfolge gesehen. Verfasser hielt es für zweckmäßig, die Aufmerksamkeit der Kollegen einmal wieder auf die Häufigkeit der Verwechslung von Dysbasia arteriosclerotica mit Plattfußschmerzen hinzuweisen wegen der eminenten praktischen Bedeutung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 43.)

Blutungen.

Ein einfaches mechanisches Mittel zur Bekämpfung der Epistaxis. Von Prof. Dr. Ritschl in Freiburg i. B. Das Mittel, welches Verfasser nach mehrfachen günstigen Erfahrungen zur Stillung des Nasenblutens empfehlen möchte, ist einer der sogenannten Nägeli'schen Handgriffe. Nägeli hat bekanntlich eine Reihe von mechanischen Einwirkungen auf die verschiedensten Körperteile ausgebildet und beschrieben, die vor allem bei neural-

gischen Zuständen verschiedener Art von Nutzen sein sollen. Die von ihm mit dem Namen „Kopfstützgriff“ und „Kopfstreckgriff“ bezeichneten Handgriffe wirken, wie N ä g e l i näher ausführt, sehr energisch anämisierend auf den Kopf und seine Organe. Die durch die genannten Manipulationen erzeugte Gehirnanämie kann bei längerer Wirkung der Handgriffe zu ausgesprochenem Schwindelgefühl, ja zu Ohnmachtsanfällen führen. Die Anämie entsteht nach N ä g e l i durch eine Ausziehung und Streckung der großen Halsvenen, ferner durch die Dehnung einer großen Zahl von Halsnerven und Muskeln. Nach Verfassers Dafürhalten muß die fragliche Wirkung der Handgriffe wohl hauptsächlich auf eine durch Dehnung des Halssympathicus erzeugte Reizung der Vasokonstriktoren im gesamten Kopfbereich zurückgeführt werden. Denn wie die Gehirngefäße, so betrifft die Verengerung auch alle übrigen Gefäße des Kopfes, also auch die der Nasenschleimhaut. Dem ist es zu verdanken, daß die beim Nasenbluten geöffneten Gefäße alsbald zu bluten aufhören, wenn man die Handgriffe in Anwendung bringt. Technisch geht man so vor, daß man, vor oder hinter dem sitzenden Patienten stehend, die Hände unterhalb der Kieferwinkel und an den seitlichen Teilen des Hinterhauptes anlegt und nun am Kopf einen gleichmäßigen Zug nach oben ausübt. Um die Wirkung zu verstärken, bringt man den Kopf zugleich in eine möglichst nach rückwärts gestreckte Lage, auch damit das Blut Gelegenheit hat, durch den Nasenrachenraum abzufließen. Nach ein bis zwei Minuten hat Verfasser regelmäßig prompte Blutstillung durch den einfachen und von jedem Laien ausführbaren Handgriff erlebt.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 43.)

Ueber Erystypticum. Von Dr. A. Hirschberg (Aus der Klinik und Poliklinik für Frauenkrankheiten von Prof. Dr. W. Nagel [Berlin]). Die Kombination von *Secale* mit *Hydrastis* hat sich schon seit langem in der Gynäkologie bei der Bekämpfung der Uterusblutungen gut bewährt, nachdem schon vorher experimentelle Untersuchungen am überlebenden Organ die theoretischen Grundlagen für eine solche Wirkung ergeben hatten. Aus den verschiedenen Angriffspunkten des *Secale* und der *Hydrastis* bei ihrer Wirkung auf den Uterus resultiert die schon längere Zeit bekannte potenzierende Wirkung ihrer Kombination. Bereits F e l l n e r schreibt 1897, daß sich *Hydrastis* und Mutterkorn gegenseitig beeinflussen, und zwar derart, daß die akute Wirkung des *Secale* gemildert, die der *Hydrastis* verstärkt wird. Bisher stand für die kombinierte Wirkung nur die Mischung des Fluidextraktes der beiden Rohdrogen zur Verfügung, die natürlicherweise gemäß dem wechselnden Gehalt an wirksamen Prinzipien eine konstante Wirkung nicht gewähr-

leisten konnten. Die Firma Hoffmann-LaRoche & Co. in Grenzach (Baden) bringt nun seit neuerer Zeit unter dem Namen „Erystypticum Roche“ eine Kombination des nur die wirksamen Prinzipien in konstanten Verhältnissen enthaltenden Secacornins mit Extractum hydrast. und Hydrastininum synth. in den Handel. Infolge der konstanten Zusammensetzung der Kombination wird hier eine zuverlässige Wirkung garantiert. Erystypticum wird als eine dunkelbraune Flüssigkeit in Fläschchen von 10 und 20 g Inhalt sowie in fester, granulierter Form in den Handel gebracht. Klinische Prüfungen an dem Material der Frauenklinik der Kgl. Charité durch Fromme haben günstige Resultate gezeigt. Auch Pinkus rühmt dem Erystypticum seine zuverlässige und konstante Wirkung nach. Ausgedehnte Beobachtungen an dem großen Material der Poliklinik haben Verfasser von dem Wert des Erystypticums als internes Hämostaticum überzeugt. Das Präparat fand vorwiegend Verwendung bei allen Menorrhagien und Metrorrhagien des Uterus, die meist auf endometritischer, klimakterischer oder myomatöser Basis beruhen. Ueberall dort, wo es nicht auf eine momentane und kräftige Dauerkontraktion ankam, hat man sich auf die Verordnung des Erystypticums beschränkt. Vor allem bediente man sich des Präparats gern bei Erkrankungen, die eine länger fortgesetzte Medikation erforderten. Subkutan wurde Erystypticum nie appliziert. Natürlich repräsentiert Erystypticum kein Allheilmittel für alle Uterusblutungen, in manchen Fällen führt eben keine interne Therapie zum Ziel. Im allgemeinen war Verfasser jedoch mit den Erfolgen seiner Wirkung recht zufrieden. Meist gelang es, die Blutung einzuschränken oder zu beseitigen. Auch in der Nachbehandlung der Aborte aus den ersten Schwangerschaftsmonaten führte es zu Involution des Uterus. Nach der Geburt von ausgetragenen Kindern oder bei stärkeren Blutungen in der Nachgeburtsperiode und im Wochenbett hat man es nicht angewandt. Bei solchen Fällen möchte Verfasser auf die prompte und kräftige Wirkung des Secacornins nicht verzichten. Als übliche Dosis werden von der in Fläschchen à 10 ccm im Handel befindlichen Lösung drei- bis viermal täglich 20 Tropfen gegeben. Da der Gehalt an Hydrastis dem Präparat einen bitteren Geschmack verleiht, der allerdings erheblich hinter dem sonst in der Therapie verwandten Fluidextrakt zurücksteht, läßt man die Tropfen am besten in Zuckerwasser nehmen. Bei der Verdünnung mit Wasser entsteht eine kleine Trübung, die der Wirksamkeit keinen Abbruch tut. Andere Nachteile konnte man beim Erystypticum nicht beobachten. Als Vorteil für die Praxis sei der billige Preis erwähnt, während nämlich 10,0 Extr. hydrastis fluid. in einfacher Flasche 1,90 M. kosten, beträgt der Preis für 10,0 Ery-

stypticum nur 1 M. Deshalb ist das Erstypticum bei den Berliner Krankenkassen an Stelle von Hydrastisextrakt getreten.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 40.)

Condylomata acuminata.

Ueber die Behandlung der Condylomata acuminata. Von David Watson. Die spitzen Kondylome finden sich beim weiblichen Geschlechte häufiger und stärker entwickelt, wobei namentlich die Schwangerschaft die Wucherung begünstigt. Die histologische Untersuchung zeigt Hypertrophie des Stratum Malpighi und Durchsetzung mit Wanderzellen; Gonokokken wurden in den Kondylomen nicht nachgewiesen. Bei starker Entwicklung tritt eine Tendenz zu Nekrosen und Hämorrhagien, wie Produktion eines übelriechenden Sekretes auf. Die bakteriologische Untersuchung ergibt das Vorhandensein von Strepto- und Staphylokokken, sowie Spirillen, und es ergibt sich die Frage, ob die Kondylome auf Infektion oder mechanische Irritation zurückzuführen sind. Von den verschiedenen Behandlungsmethoden sind Ligatur, Kaustik, Exzision mit Naht, Applikation des Thermokauters, zum Teil wegen der Schwierigkeit der Blutstillung, wegen starker Narbenbildung, Rezidiven usw. wenig geeignet. Die Aetzung mit Formalin ist schmerzhaft, die Applikation von Chromsäure oder Phenol kann nur auf kleine Territorien ausgedehnt werden, während Resorzin eine starke Reizwirkung entfaltet. Nach den Erfahrungen des Verfassers besteht die Methode der Kondylombehandlung in der Applikation von Milchsäure. Bei männlichen Patienten wird nach Bedarf die Zirkumzision vorausgeschickt, gestielte Kondylome werden mit der Schere abgetragen; die Basis nach Blutstillung mit reiner Milchsäure betupft und auf andere Stellen feuchte Verbände mit 1%iger Milchsäure appliziert. Bei Frauen mit üppig wuchernden Kondylomen werden die einzelnen Gruppen durch mit $\frac{1}{2}$ bis 1%iger Milchsäurelösung getränkte ringförmig angelegte Streifen von Lint isoliert und die Basis zeitweilig mit reiner Milchsäure geätzt. Kleinere Gebilde werden mit reiner oder stark konzentrierter Milchsäure behandelt, auf große Flächen Verbände mit verdünnter Milchsäurelösung appliziert. Der Verbandwechsel wird vorgenommen, wenn die Sekretion es erforderlich macht und zeitweilig antiseptische Waschungen und Sitzbäder verordnet. Der einzige Nachteil der Methode besteht im Auftreten von Erythem bei zu energischer Applikation. Das Erythem wird mit Aufstreuung von Zinkoxyd-Kalomel behandelt, eventuell die Milchsäurebehandlung durch zwei Tage in jeder Woche unterbrochen. Zum Schutz der gesunden Umgebung wird Vaseline angewendet.

Rezidive werden durch Ausheilung der Gonorrhoe und strenge Reinlichkeit hinangehalten. (The Lancet, 13. April 1912. — Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Diabetes.

Ueber Beziehungen des Diabetes mellitus zum psychischen Shock. Von C. Goldammer. Nach Mitteilung eines eigenen Falles und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur formuliert Verfasser seine Ansichten über die Beziehungen des Diabetes mellitus zum psychischen Shock folgendermaßen: 1. Ein psychischer Shock kann bei einem bis dahin gesunden Menschen Diabetes hervorrufen. 2. Es handelt sich bei derartigen Individuen mit großer Wahrscheinlichkeit um spezielle Veranlagung, jedoch kann diese Erwägung für die Praxis nicht in Betracht kommen. 3. Falls nach einem psychischen Trauma Zucker auftritt und weder die Anamnese noch frühere Untersuchungen für das Vorhandensein eines Diabetes sprechen, ist der Insult als Ursache der Krankheit aufzufassen. 4. Der auf solche Weise entstandene Diabetes unterscheidet sich in seinem weiteren Verlauf in nichts von dem gewöhnlichen Diabetes; die Therapie hat sich nach den die Zuckerkrankheit im allgemeinen betreffenden Vorschriften zu richten.

(Inaug.-Dissert. Leipzig 1912. —
Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 19.)

Diabetes mit reflektorischer Pupillenstarre. Von Oberarzt Dr. Biermann (Medizinische Klinik Heidelberg). Es handelt sich hier um einen Fall reiner Zuckerharnruhr, bei dem neben diabetischer Neuritis des linken N. cruralis zum ersten Male mit Sicherheit reflektorische Pupillenstarre nachgewiesen wurde, bei dem ein anderes ätiologisches Moment als eben der Diabetes bestimmt auszuschließen ist.

(Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 19.)

Ueber Nierendiabetes in der Gravidität. Von J. Novak, O. Porges und R. Strisower (Aus der I. Medizinischen Klinik und der II. Frauenklinik in Wien). Seit der Publikation Blot's, der vor mehr als 60 Jahren auf die Häufigkeit der Zuckerausscheidung bei Schwangeren und Wöchnerinnen hinwies, haben eine Reihe von Autoren ihre Aufmerksamkeit der Frage nach dem Verhalten des Kohlehydratstoffwechsels in der Schwangerschaft zugewendet. Durch mehrfache Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß bei den Graviden eine besondere Neigung zur Glykosurie besteht, die durch alimentäre Ursachen ausgelöst werden kann. Man ist geneigt, den Sitz dieser Funktionsstörung in die Leber zu verlegen, eine An-

schauung, welche sowohl durch anatomische Befunde (Fettleber) wie durch die Funktionsprüfung (alimentäre Lävulosurie) gestützt wird. Während wir über die alimentäre Glykosurie der Schwangeren relativ gut unterrichtet sind, wissen wir über Störungen des Kohlehydratstoffwechsels in der Schwangerschaft, die den Charakter der diabetischen Stoffwechselstörung tragen, sehr wenig. Das Interesse der Internisten und Gynäkologen wandte sich speziell den praktisch wichtigen Fragen über die Konzeptionsfähigkeit der diabetischen Frauen und über die Beeinflussung der Prognose des Leidens durch die Schwangerschaft und die Geburt zu. In Anbetracht des spärlichen Beobachtungsmaterials blieb selbst diese Frage nach der Beeinflussung der Intensität der diabetischen Erkrankung durch die Gestationsvorgänge unentschieden. Ob die Fälle, die nach der heute üblichen Begriffsbestimmung dem Diabetes zuzuzählen sind, in der Schwangerschaft stets die gleichen Verlaufseigentümlichkeiten resp. die gleiche Beeinflussbarkeit durch alimentäre Faktoren zeigen wie die meisten nicht graviden Diabeteskranken, wurde wenig beachtet. Nur in einer Krankengeschichte v. Noorden's wird ein von der Reihe abweichendes Verhalten hervorgehoben. Dieser Fall zeigte bei Zufuhr einer beträchtlichen Menge von Kohlehydraten die geringe Zuckerausscheidung von 0,1—0,2%; bei kohlehydratfreier Diät verschwand der Zucker vorübergehend, trat aber trotz Beibehaltung der strengen Diät in einigen Tagen in gleicher Intensität auf wie bei Kohlehydratkost. Eine neuerliche Zufuhr von Kohlehydraten hatte keine weitere Steigerung des Zuckerniveaus im Gefolge.— Im Gegensatz zu dem Verhalten eines gewöhnlichen Diabetes sehen wir hier eine relative Unabhängigkeit der Zuckerausscheidung von alimentären Faktoren. Eine weitgehende Aehnlichkeit mit diesem Verlaufe bot ein selbst beobachteter Fall, der veranlaßte, dem Wesen dieser besonderen Erscheinung nachzugehen. Diese Patientin, eine Gravide im fünften Lunarmonat, zeigte eine Zuckerausscheidung von 5—15 g ohne wesentliche von der Kohlehydratzufuhr abhängige Schwankungen. Auch an Gemüsetagen (kohlehydratfreies und eiweißarmes Regime) betrug die Zuckerausscheidung 3—6 g. Eine solche Unabhängigkeit der Zuckerausscheidung von der Qualität und Quantität der Nahrungszufuhr weicht von dem gewöhnlichen Bild des Diabetes völlig ab. Dagegen haben uns neuere Forschungen mit einem Krankheitsbild bekannt gemacht, dem sogenannten Nierendiabetes, zu dessen charakteristischen Eigentümlichkeiten die erwähnte Unabhängigkeit der Glykosurie von alimentären Faktoren gehört. Während bekanntlich der echte Diabetes mit einer Hyperglykämie einhergeht, die erst die auslösende Ursache für die Glykosurie bildet, beruht die Zuckerausscheidung beim Nierendiabetes auf einer abnormen Durchlässigkeit der Niere für Zucker, so daß es hier schon bei normalen Blut-

zuckerwerten zur Ausscheidung von Zucker im Harn kommt. Die relative Unabhängigkeit der Glykosurie von alimentären Faktoren erklärt sich in diesen Fällen aus der ungestörten Regulation des Blutzuckers, der unter normalen Verhältnissen die Tendenz hat, ein konstantes Niveau einzunehmen. Wir haben demnach in dem Mangel einer Hyperglykämie und einer relativen Unabhängigkeit der Glykosurie von alimentären Faktoren zwei wesentliche, charakteristische klinische Symptome des Nierendiabetes. Experimentell kann bekanntlich ein Nierendiabetes durch Phloridzininjektion erzielt werden. L. Pollak führte den Nachweis, daß auch die nach Nierenschädigung durch Uran- und Chromverbindungen auftretende Glykosurie mit einem normalen Blutzuckergehalt einhergeht und daher auf einer abnormen Durchlässigkeit der Niere für Zucker beruht. In der menschlichen Pathologie sind bisher nur wenig Fälle beschrieben worden, die dem Nierendiabetes zuzuzählen wären. Ob zwar nun die erwähnten Fälle keine sonstigen klinisch in Erscheinung tretenden Zeichen einer Nierenschädigung zeigten lag doch der Gedanke nahe, das besondere Verhalten der Glykosurie auf eine abnorme Durchlässigkeit der Niere für Zucker zurückzuführen. Eine Entscheidung konnte die Untersuchung des Blutzuckergehaltes bringen. Die mehrfach ausgeführte Blutzuckerbestimmung ergab normale Werte, trotzdem der vor und nach der Blutentnahme sezernierte Harn beträchtliche Zuckermengen aufwies. Auf Grund dieser Feststellung und des erwähnten eigentümlichen klinischen Verlaufes halten sich die Verfasser für berechtigt, den angeführten Fall als einen Nierendiabetes aufzufassen. Es ergab sich nun die Frage, ob Verfasser in diesem Falle eine vereinzelte Erscheinung zu sehen haben und ihre Kombination mit der Schwangerschaft ein zufälliges Zusammentreffen zweier voneinander unabhängiger Zustandsänderungen bedeutet, oder ob er nur ein Beispiel für eine der Schwangerschaft eigentümliche Diabetesform bildet und mit der Gravidität in einen kausalen Zusammenhang zu bringen ist. Verfasser haben daher in einem großen Material an Schwangeren nach Fällen mit spontaner Glykosurie gefahndet und solche Frauen, welche bei der gewöhnlichen gemischten Anstaltkost Zucker im Harn zeigten, einer nähern Untersuchung unterzogen. Im Verlaufe von wenigen Wochen gelang es, fünf weitere Fälle von spontaner Glykosurie ausfindig zu machen. Alle zeigten ein analoges Verhalten wie die oben erwähnten Fälle, nämlich eine weitgehende Unabhängigkeit der Glykosurie von der Art der Nahrungszufuhr. Bei vier Frauen wurden Blutzuckerbestimmungen ausgeführt, bei der fünften wurde die Blutentnahme durch die während der Beobachtungszeit eingetretende Geburt verhindert. Alle Blutzuckerbestimmungen ergaben normale, ja sogar subnormale Werte. Schon dieser Umstand, daß es den Verfassern im Gegensatz

zu der Seltenheit des Nierendiabetes außerhalb der Gravidität in kurzer Zeit gelungen ist, mehrere einschlägige Fälle bei Schwangeren zu beobachten, spricht dafür, daß wir es hier mit einer der Schwangerschaft eigentümlichen Störung zu tun haben. In demselben Sinne wäre auch die Tatsache zu verwerten, daß Verfasser während dieser Zeit keinen Fall mit spontaner Glykosurie in der Schwangerschaft ausfindig machen konnten, der den Verlauf und Blutzuckerbefund des gewöhnlichen Diabetes gezeigt hätte. Der kausale Zusammenhang dieser Anomalie mit der Gravidität wird am besten aus der an zwei der erwähnten Fälle erhobenen Beobachtung erhellt, daß die Glykosurie im Wochenbette rasch verschwindet. Die Blutzuckerbestimmungen, die bisher bei Schwangeren ausgeführt wurden, haben für die normale Gravidität normale resp. subnormale Werte ergeben. Schirokauer untersuchte auch den Blutzuckergehalt nach der Einführung von 100 Dextrose resp. Lävulose und konnte auch in diesen Fällen nur eine geringgradige Hyperglykämie nachweisen. Schirokauer suchte dieses Verhalten mit der Annahme zu erklären, daß der überschüssige Zucker zur Zeit der Blutentnahme bereits aus dem Blut in den Harn übergegangen sei. Aus obiger Beobachtung ergaben sich noch weitere Fragen, die die Verfasser bereits in Angriff genommen haben. Zunächst konnte man daran denken, daß auch die alimentäre Glykosurie bei Graviden nicht nur hepatogenen Ursprungs ist, wie man bisher anzunehmen geneigt war, sondern zum Teil durch eine abnorme Durchlässigkeit der Niere für Zucker bedingt wird. Bemerkenswert ist auch eine besondere Empfindlichkeit der Frauen mit Graviditätsdiabetes gegen Stärke, die schon Reichenstein in einigen Fällen auffiel und an zwei der vorerwähnten Schwangeren, die daraufhin untersucht werden, ebenfalls festgestellt werden konnte. Verfasser glauben somit, daß ihre Fälle Beispiele für eine der Schwangerschaft eigentümliche Anomalie sind, die klinisch als Diabetes imponiert und als eine renale Glykosurie aufzufassen ist. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Emphysema pulmonum.

Beiträge zur physikalischen Behandlung des Lungenemphysems. Von Dr. J. v. Benczúr (Aus der III. medizinischen Klinik der Universität Budapest). Straßburger setzte Emphysematiker und Asthmatiker in ein Vollbad. Durch den Druck des Wassers wird der Umfang des Thorax geringer, die inspiratorische Mittellage verringert; das Zwerchfell wird durch den Druck auf den Bauch nach oben gedrückt, was von großer Bedeutung für den Atemmechanismus ist. Doch wird gleichzeitig auch die Inspiration erschwert, so daß das Endresultat, ob das Vollbad die Atmung erleich-

tert oder erschwert, davon abhängen wird, welche der entgegengesetzten Wirkungen überwiegt. Straßburger fand im Vollbade oft eine Steigerung der Vitalkapazität der Lunge von 100 bis 300 ccm. Seine Erfahrungen beziehen sich jedoch nur auf einzelne Fälle, über Einzelheiten und Dauererfolge berichtet er nicht. Verfasser hat die Methode an 30 an Lungenerweiterung Leidenden und einigen Gesunden ausprobiert. Nachdem in der leeren Wanne Brustumfang in Brustwarzen- und Rippenbogenhöhe, Bauchumfang und Vitalkapazität gemessen wurde, ließ er, während die Versuchsperson ganz unbewegt blieb, indifferent temperiertes Wasser (30—35° C.) in die Wanne, so daß es bis zum Halse reichte, und wiederholte nun sämtliche Messungen. Er legte großes Gewicht auf das subjektive Gefühl der Kranken. Er fand in sämtlichen Fällen eine Verringerung des Brustumfanges im Vollbade, welche zirka 2 bis 3 cm betrug. Der Bauchumfang verringerte sich um 6 bis 9 cm. Der Thorax der Kranken wurde also zweifellos komprimiert, das Zwerchfell gewölbt; doch zeigte sich auch zweifellos die einatmungshemmende Wirkung des Wasserdruckes. Der Thoraxumfang Gesunder wurde auch stets verringert. Diese Personen atmeten im Wasser stets schwerer, was ja natürlich ist, da bei ihnen der Wasserdruck die optimale Lage des Thorax stets nur ungünstig beeinflußt. Doch auch bei den Kranken verschlimmerte sich der Atemmechanismus öfter im Wasser. Von 30 Patienten:

1. atmeten sieben im Wasser angeblich leichter. Die Abnahme des Brustumfanges dieser Kranken betrug durchschnittlich 2 bis 2,5 cm. Die Vitalkapazität der Lunge nahm durchschnittlich um 7,4% zu.

2. in neun Fällen blieb das subjektive Gefühl unbeeinflusst. Der Brustumfang wurde auch in diesen Fällen um zirka 2,5 cm verringert; die Vitalkapazität nahm durchschnittlich in 2,2% zu.

3. in 14 Fällen atmeten die Kranken im Vollbade entschieden schwerer. Die Verringerung des Brustumfanges betrug 2,0 cm. die Vitalkapazität verringerte sich durchschnittlich um 10,5%.

Bei den leichten Fällen von Emphysem ist es nun möglich, daß der Wasserdruck die inspiratorische Mittellage hyperkompensiert und daß sich diese Kranken so verhalten, wie die Gesunden. Doch selbst unter den 11 schwersten, ausgesprochensten Fällen von Lungenerweiterung wurde die Atmung nur in dreien erleichtert (die Vitalkapazität stieg bis 25%); bei einem blieb die Atmung subjektiv unbeeinflusst (Vitalkapazität stieg um 4%); bei sieben wurde die Atmung erschwert, die Vitalkapazität wurde um 14,6% verringert. Bei einigen Kranken, welche eine Erleichterung der Atmung im Wasser fühlten, gab Verfasser die Vollbäder einige Wochen hindurch, ohne jedoch einen Dauererfolg zu erzielen. Er erreichte mit der Straßburger-

ger'schen Methode also nur in einzelnen Fällen momentane Erfolge, was in gewissem Gegensatze zu Warschavsky's Erfahrungen steht, welcher in elf Fällen beobachtete, daß sich die Lungenkapazität im Vollbade zwar meist verringert, die Emphysemkranken jedoch meist leichter atmeten. Warschavsky erzielte angeblich selbst Dauererfolge. Obgleich jedoch auch die Wirkung des Vollbades nur gering ist, so berechtigt der Umstand, daß wir in einzelnen Fällen die Atmung des Kranken damit vorübergehend doch etwas erleichtern können, dennoch die Methode in schweren Fällen von Emphysem und Asthma von Fall zu Fall zu versuchen. Der Gedanke liegt nahe, die Wirkung des Wasserdruckes derart zu verwenden, daß wir den Kranken in das Halbbad setzen, wodurch der Druck nur auf den Bauch und den unteren Teil des Thorax wirkt, also das Zwerchfell nach oben wölbt, ohne den Brustkorb zu beschweren. Wie jedoch auch schon Straßburger fand, erweitert sich bei dieser Anwendung der Umfang des oberen Thoraxabschnittes parallel der Abnahme des Umfanges der unteren Thoraxpartie. Die Erweiterung beträgt bei Gesunden und Emphysematikern 1 bis 3 cm. Die mechanische Wirkung des Vollbades erweitert also den ohnehin schon gedehnten Brustkorb noch mehr, was wohl mehr schädlich als nützlich ist. Den Druck des Badewassers können wir nicht genügend regulieren. Es steht uns jedoch eine andere Methode zur Verfügung, um den Druck beliebig zu regulieren, das ist die Kompression des Thorax mittelst eines Mieders. Auf Anraten von Prof. Korányi ließ Verfasser verschieden konstruierte Mieder und Gürtel verfertigen und untersuchte, durch welchen Grad und welche Art der Kompression wir den erweiterten Thorax günstig beeinflussen können. Nach längeren Versuchen erwies sich folgende Art der Kompression des Thorax am zweckmäßigsten: Mit einem 25 bis 30 cm breiten, aus starker Sackleinwand verfertigten Gürtel, welcher mit vier bis fünf Schnallen vereint wird, komprimiert man den Thorax derart, daß sein unterer Teil stärker, der obere nur in geringerem Grade zusammengedrückt wird. Der Gürtel reicht von der Nabelhöhe bis zur Achselhöhe. Durch verschieden starkes Anziehen der Schnallen ist der Thorax gewissermaßen nach Belieben deformierbar. Nur selten findet sich ein derart starrer Thorax, der durch Druck nicht einflußbar ist. Durch stärkere Kompression des Brustkorbes in der Höhe des Rippenbogens wird das Zwerchfell emporgewölbt. Davon, daß dieses für die Atmung so wichtige Moment wirklich zustande kommt, konnte sich Verfasser am Röntgenbilde wiederholt überzeugen. Damit sich jedoch der obere Teil des Thorax nicht, wie im Halbbade, erweitere, wird der obere Brustkorb nur soweit komprimiert, daß der Druck eine kompensatorische Erweiterung dieses Teiles verhindert, die Einatmung jedoch nicht erschwert. Verfasser beobachtete nun in

18 Fällen von Emphysem und Bronchialasthma, in welcher Art das subjektive Gefühl, die Vitalkapazität, Minutenatemvolumen und Einzelatemvolumen durch das Tragen eines derartigen Gürtels verändert wird. Die beobachteten Fälle sind von verschiedener Schwere. In Fällen leichten Emphysems, bei drei Asthmatikern verringerten sich durch Anwendung des Gürtels die Vitalkapazität, das Atemvolumen, und die Kranken spürten subjektiv keinen Unterschied oder atmeten schwerer. Bei Gesunden beeinflusste jedwede Anwendung des Gürtels die Atmung ungünstig. Von acht schweren Fällen von Emphysem wurden die Atmungsverhältnisse bei fünf entschieden gebessert, nur bei zwei verschlimmert, während ein Fall unbeeinflusst blieb. Die Vitalkapazität der Lunge stieg bei den günstig beeinflussten Fällen um 100 bis 300 cm; das Minutenatemvolumen oder wenigstens durch Ruhigwerden der Atmung, das Einzelatemvolumen vergrößerte sich (in einem Falle von 400 bis 600 ccm). Die Kranken fühlten sich im Gürtel derart erleichtert, daß sie ihn gerne stundenlang, oft auch nachts trugen. Die günstige Wirkung war während der Bewegung der Kranken noch ausgesprochener als in der Ruhelage, und sie atmeten angeblich sogar nach Ablegen des Gürtels noch ein bis zwei Stunden hindurch leichter als vor dem Anlegen desselben. Man erreicht also in diesen Fällen durch richtige Kompression des Brustkorbes eine subjektive und objektive Verbesserung der Atmungsverhältnisse. In welchem Grade wir den Brustkorb komprimieren sollen, muß in der Praxis das Gefühl der Kranken selbst bestimmen. Dieselben erlernen bald den optimalen Grad der Kompression. Durch stärkeres Zusammendrücken, als subjektiv optimal gefühlt wird, schaden wir den Kranken, wie Verfasser sich durch spirometrische Messungen zu überzeugen Gelegenheit hatte. Endlich will Verfasser bemerken, daß der Gebrauch des Gürtels auch auf die das Emphysem fast stets begleitende Bronchitis günstig wirkt, indem er die Expektoration meist erleichtert. Er beobachtete wiederholt, daß derselbe Kranke zur selben Tageszeit und während derselben Zeitdauer, wenn er den Gürtel trug, ungefähr $1\frac{1}{2}$ mal so viel expektorierte, als wenn er den Gürtel nicht anhatte. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß die Straßburger'sche Methode, den Emphysemkranken in das Vollbad zu setzen, den Kranken in einzelnen Fällen eine vorübergehende geringe Linderung verschafft. Bei schweren Emphysematikern können wir die Dyspnoe in einzelnen Fällen ein wenig lindern, wenn wir den Kranken beständig oder täglich mehrere Stunden hindurch einen breiten, aus Leinwand verfertigten Gürtel tragen lassen, mit welchem wir den unteren Teil des Thorax stärker, den oberen nur geringer komprimieren. Den optimalen Grad der Kompression muß der Kranke seinem eigenen Gefühle nach aussuchen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 39.)

Epilepsie.

Ein durch Zystizerkus verursachter Fall von Jackson-Epilepsie. Von Prof. Dr. Julius Donath vorgestellt in der Sitzung der Budapester Spitalärzte am 15. Mai 1912. Es handelte sich um einen 34jährigen Landwirt, der bei seiner Aufnahme auf die Abteilung des Vortragenden angab, im 14. Lebensjahre von einem Baume auf den Kopf gefallen zu sein. Darauf sollen sich Krämpfe in dem linken Daumen, der linken oberen Extremität und Kopf, verbunden mit Bewußtlosigkeit, bei ihm des öfteren eingestellt haben. Diese Krämpfe hielten etwa durch neun Jahre an; dann unterblieben sie elf Jahre hindurch. Vor einem Jahre scheuten seine Pferde; er fiel aus dem Wagen, wurde an eine Wand geschleudert, verlor das Bewußtsein. Mit diesem neuen Unfalle habe er Krämpfe in der rechten Hand, aber sein Bewußtsein bleibe ihm erhalten. Lues nicht gehabt. Patient klagt über Kribbeln in der linken oberen und unteren Extremität. Während der 15tägigen Spitalpflege wurden drei Krampfanfälle am Patienten beobachtet. Sie begannen stets am distalen Ende des vierten rechten Fingers, gingen dann nach aufwärts und ergriffen auch die übrigen Finger, das Handgelenk, Unter- und Oberarm, ja auch die Schulter und die linke Gesichtshälfte. Der Patient bleibt bei Bewußtsein. Die Sensibilitätsprüfung ergab Hyperästhesie und Hypalgesie. Wassermann und Röntgen negativ, weshalb die folgende Diagnose gestellt wurde: *Laesio gyri centralis anterior in media parte (in centro digitorum manus) lat. sin.* Bei der dann durchgeführten Operation fand sich eine 3 cm lange, 1,5 cm breite ovale Zyste, die sich bei näherer Betrachtung als *Cysticercus cellulosae* erwies. Die Operation und der Heilungsverlauf gingen glatt vorbei.

(Budapesti Orvosi Ujság 1912 Nr. 29. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 39.)

Colère paroxystique et épilepsie psychique. Von Mairet: Zornausbrüche kommen bei Epileptikern zwischen den Anfällen, kurz vor oder nach einem Anfall vor oder sie können den Anfall ersetzen, einen wahren epileptischen Anfall, eine „psychische Epilepsie“, abgeben und so als epileptisches Aequivalent figurieren (neben tyischen epileptischen Anfällen bei demselben Individuum). In letzterem Falle sind die Zornausbrüche durch ihr plötzliches Auftreten, durch die Gesichtskongestion mit nachfolgender Blässe, Schaum vor dem Munde, Bewußtlosigkeit, Amnesie als epileptisches Aequivalent erkennbar. Es können auch die epileptischen Anfälle völlig verschwinden und durch Krisen manischer Wut mit Amnesie ersetzt werden; diese wiederum können sogar die erste und einzige Manifestation der Epilepsie sein. „Die psychische Epilepsie existiert in

der Tat und der anfallsweise Zorn ist einer ihrer Typen.“ Drei Krankengeschichten illustrieren das Gesagte.

(Revue de méd. Oktober 1911. —
Zentralblatt für Kinderheilkunde 1912 Nr. 10.)

Frakturen und Luxationen.

Ueber die ambulante Behandlung der Knochenbrüche der oberen Extremität mit Gipsschienen. Von Dr. J. Lévai (Budapest). Als eine dem praktischen Arzte in jeder Hinsicht entsprechende Behandlung der Knochenbrüche der oberen Extremität kann Verfasser die Methode, die er beiläufig seit 20 Jahren gebraucht und die im wesentlichen mit der von Prof. Dollinger für ähnliche Fälle ausgearbeiteten Methode übereinstimmt, anempfehlen. Man nehme einfache 10, 15 und 20 cm breite Gipsbinden, welche so verfertigt werden, daß in die Maschen der Mullbinde in dünner Schicht bester Alabastergips eingerieben wird. Die Binden sollen nicht länger als 5 m und nur locker aufgerollt sein, weil sie sonst nicht gut im Wasser durchgefeuchtet werden. Aus der im warmen Wasser gut durchgefeuchteten Gipsbinde wird die Schiene an einem Tisch in der gewünschten Länge aus 10 bis 15 Touren, welche der Länge nach übereinander gelegt und tüchtig ineinander gestrichen werden, verfertigt. Mit einigen tangential gelegten Touren kann die Schiene schön eingesäumt werden. Die überschüssige Gipsmenge wird aus der Schiene abgestrichen, so daß die Schiene zum größeren Teil aus Mull und nur zum geringeren Teile aus Gips besteht. So wird die Schiene nach dem Erhärten leicht und dennoch sehr fest. Die Schiene wird im feuchten Zustande auf die vorher mit einer Mullbinde in zwei- bis dreifacher Schicht umwickelte und redressierte Extremität angelegt, wo sie mittelst Mullbinden befestigt und im allgemeinen, zumeistens aber an den Stellen, welche eine Stütze für die Extension abgeben sollen, gut angepaßt wird. Nach dem Erhärten bleibt die Schiene an der aufgelegten Stelle unverrückbar liegen, kann wann immer leicht abgenommen und ohne weiteres genau an die frühere Stelle angelegt werden. Es ist wichtig, daß bis zur vollständigen Erhärtung der Gipsschienen die Extremität in korrigierter Stellung unverrückt verbleibe. Dieses Ziel erreicht man dadurch, daß man an dem fertigen Verbande eine Holzschiene befestigt, derart, daß die Lücke zwischen Gipsschiene und Holzschiene mit Watte ausgefüllt wird. Nach $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde wird die Holzschiene entfernt. Der Vorgang bei der Behandlung mit Gipsschienenverbänden ist gewöhnlich der folgende: Zum Zwecke einer genauen Diagnose wird eine Röntgenaufnahme gemacht und die Reposition womöglich in den ersten 24 Stunden vollzogen, wo die Herstellung

der normalen Verhältnisse viel leichter vonstatten geht und die Blutextravasate viel rascher aufgesaugt werden. Im Interesse der genauen Reposition macht Verfasser oft vom Aetherrausch Gebrauch, wenn es notwendig erscheint, auch von der Aethernarkose. Nach der Reposition wird der Gipsschienenverband angelegt. Bei eingekeilten Knochenbrüchen, oder bei denjenigen, welche keine Neigung zur Dislokation haben, begnügt sich Verfasser mit einer volaren Schiene, welche, wie eine den Konturen der Extremität genau angepaßte Rinne, die Hälfte oder zwei Drittel des Umfanges der Extremität umfaßt. Bei Brüchen der oberen Extremität, welche Neigung zur Dislokation haben, wendet Verfasser gewöhnlich zwei Schienen, eine für die Streckseite und eine für die Beugeseite an. Als Hauptregel gilt folgendes: 1. Daß der Verband bei Frakturen der Fingerglieder nach drei Tagen, bei Frakturen der Mittelhandknochen nach fünf, bei Frakturen der Unterarmknochen nach sieben Tagen, und bei Brüchen des Oberarmes nach zehn bis vierzehn Tagen in regelmäßigen Zwischenräumen abgenommen, die Haut mit Alkohol abgerieben, die Muskulatur massiert, die Gelenke passiv bewegt und aktive Bewegungen vorgenommen werden. 2. Für die Erhaltung der physiologischen Funktionen hält Verfasser die regelmäßige Innervation für sehr wichtig und sorgt dafür, daß wo möglich beim Anlegen des Verbandes die Finger frei bleiben und während der ganzen Dauer der Behandlung fleißig gebraucht werden können. 3. Soll im Laufe der Behandlung der Heilungsvorgang mit Röntgenaufnahme kontrolliert werden, im Notfalle eine Korrektur vorgenommen und ein neuer Verband angelegt werden. In einer ansehnlichen Zahl der so behandelten Fälle bleibt die Funktionstüchtigkeit der verletzten Extremität so gut erhalten, daß die Patienten ohne jede Nachbehandlung in ganz kurzer Zeit ihre Arbeit wieder aufnehmen. Wenn sich in den Weichteilen oder in den Gelenken eine namhafte Beschränkung der Beweglichkeit nach dem Entfernen des Gipsschienenverbandes zeigt, werden die Patienten zur Nachbehandlung in eine gut eingerichtete Wasserheilanstalt und in ein renommirtes mediko-mechanisches Institut überwiesen. Was die einzelne Art der Knochenbrüche anbelangt, so wendet Verfasser bei Brüchen des ersten und zweiten Fingergliedes eine volare und dorsale Schiene an, wobei (mit Ausnahme des Daumens) ein benachbarter Finger mit in den Verband gefaßt wird. Verfasser kann nicht genug betonen, daß der Verband bei Semiflexion des verletzten Fingers angelegt werde. Das Anlegen des Verbandes in gestreckter Haltung bringt infolge der Wirkung des Streckapparates eine Verbiegung des Fingergliedes gegen die Beugeseite zustande. Bei Fraktur des Endgliedes des Fingers soll die Gipsschiene in gestreckter Haltung angelegt werden. Bei Fraktur der Mittelhandknochen verwendet Verfasser eine von dem Köpfchen des ersten Fingergliedes

bis zur Handwurzel reichende, die ganze Breite der Mittelhand umfassende volare und dorsale Schiene bei Semiflexion des Mittelhandfinger gelenkes. Bei Bruch beider Unterarmknochen verwendet Verfasser bei supinierter Stellung des Unterarmes eine von dem Köpfchen des ersten Fingergliedes bis zum mittleren Drittel des Oberarmes hinauf reichende dorsale und volare Schiene. Bei eingekeilten Radiusbrüchen oder Ulnabrüchen verwendet er eine breite volare, gelegentlich auch eine spiral verlaufende Schiene. Bei Oberarmbrüchen wird im allgemeinen eine starke breite dorsale Schiene und von der Handwurzel bis über die Mittellinie des Rückens angelegt und eine volare Schiene, welche von der Handwurzel so hoch hinaufgeführt wird, daß ihr Ende die dorsale Schiene berührt. Die Extension wird dadurch erhalten, daß am oberen Teile des Rückens und an der Streckseite des rechtwinklig gebeugten Unterarmes die Schiene genau angeschmiegt und gut befestigt wird. Bis zur vollständigen Erhärtung des Verbandes wird an der äußeren Seite des Verbandes eine Holzschiene, und zwischen Oberarm und Brustkorb ein entsprechend großes Kissen aus Baumwolle befestigt. Die auf der beschriebenen Weise angelegten Gipsschienenverbände haben vor allen anderen Behandlungsarten der Knochenbrüche der oberen Extremität folgende Vorteile: 1. Zubereitung der Gipsschienen und das Anlegen des Verbandes ist die denkbar einfachste, erfordert keine geschulte Assistenz, keine besonderen Hilfsmittel; 2. die Gipsschienen sind überall und in jedem Falle in der erforderlichen Form herstellbar, sind leicht, fest und dauerhaft; 3. mit Hilfe der Schienen ist eine dauernd gute, bei unruhigen Patienten und selbst beim Erwachen aus der Narkose eine sichere Koaptation und eine beständige Ueberwachung der Fraktur möglich; 4. dadurch, daß der Verband leicht abnehmbar ist, wird eine gute Hautpflege, Massage und aktive Beweglichkeit der Muskulatur und der Gelenke möglich; 5. mit Gipschienen kann man jeden Knochenbruch der oberen Extremität — auch offene — ambulant mit gutem Erfolge behandeln.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 19.)

Hysterie.

Hysterische Kontraktur nach leichtem Unfall. Heilung.

Von San.-Rat Dr. B. Ascher. Am 1. August 1911 hatte sich eine 27jährige unverheiratete Dame eine Quetschung der linken großen Zehe und des linken Knies zugezogen, so daß der Nagel der großen Zehe abging. Nach drei Wochen war die Zehe so gut wie geheilt, aber es hatte sich am Knie desselben Beines an der Innenseite unter der Strecksehne ein Bluterguß infolge der beim Unfall erfolgten Torsion des Beines festgesetzt. Dieser Bluterguß machte heftige Schmerzen, verhinderte die Streckung und das Stehen und Laufen.

Am 12. September wurde berichtet, daß das linke Bein im Kniegelenk in leichter Beugstellung gehalten werde und nicht vollkommen durchgedrückt werden könne. Die Beweglichkeit im linken Fußgelenk sei bezüglich Erhebung des äußeren Fußrandes beschränkt. Sobald der Fuß gestreckt werde, erfolge zugleich in abnormer Weise eine Adduktion desselben. Beim Aufsetzen des Fußes berührte der Fuß nur mit dem äußeren Rande den Boden, der Kopf des 1. Mittelfußknochens war vom Boden abgehoben und die große Zehe stark gebeugt. Das Stehen auf der Fußspitze war nicht möglich. Im Bereich des Peronealnerven war die Berührungsempfindlichkeit deutlich herabgesetzt. Der Hüftnerv erschien bei Betastung schmerzhaft. Beim Erheben des im Knie gestreckten Beines wurden Schmerzen in der Hüfte geäußert. Der Bluterguß am Knie war beseitigt. Es wurde angenommen, daß eine Zerrung des Peronealnerven stattgefunden hatte. Am 20. November 1911 wurde ärztlicherseits berichtet, daß die Verletzte noch erhebliche Störungen beim Gehen und Stehen habe. Der linke Fuß stehe wie bei ausgeprägter Peronealnervenlähmung, ein operativer Eingriff sei eventuell zu überlegen. Die einzige Störung, welche Verfasser feststellt, betraf das linke Bein. Der Fuß stand fußsohlenwärts überstreckt und mit dem inneren Fußrand nach oben gerichtet, und zwar stand er so fest in dieser Stellung, daß es unmöglich war, ihn passiv zu bewegen. Auch die Verletzte war unfähig, diese Stellung des Fußes in geringster Weise zu vernädern. Nur eine geringe Bewegung und Streckung der Zehen war möglich. Beim Gehen trat sie mit dem äußeren Fußrand auf. Die Bewegungen des Beins im Hüft- und Kniegelenk waren nicht beschränkt. Druck auf den Nervus peronaeus wurde als etwas empfindlich bezeichnet. Eine Abnahme der Muskulatur am linken Bein bestand nicht. Der Umfang betrug an der dicksten Stelle der Wade beiderseits 34 cm. Die Hautempfindung war am linken Bein herabgesetzt, und zwar am meisten an der äußeren Seite des linken Unterschenkels und auf dem Fußrücken. An diesen Hautpartien wurde Stechen mit der Nadel und Berührung mit heißen Reagensgläsern nicht als schmerzhaft empfunden. Wesentlich geringer war die Abstumpfung des Hautgefühls auf der Innenseite des Unterschenkels und auf der Fußsohle. Die Kniesehnenreflexe waren beiderseits gleich und normal. Bei Beklopfen der Achillessehne trat Schütteln des Fußes ein. Die Muskulatur des ganzen linken Unterschenkels fühlte sich gespannt an, ganz besonders betraf die Spannung den Musculus tibialis anticus und die Achillessehne. Die elektrische Untersuchung ergab vollkommen normale Verhältnisse mit beiden Strömen bei Reizung vom Nerven sowie vom Muskel aus. Der Verfasser stellte die Diagnose auf hysterische Kontraktur des linken Fußes; als symptomatisch dafür führte er an die Anspannung der Muskeln und die eigentümliche

Stellung des Fußes. Gegen das Vorliegen einer Lähmung der Nerven bzw. einer Entzündung der Nerven sprach das Fehlen elektrischer Veränderungen sowie das Fehlen einer Abnahme der Muskulatur. Der kranke Unterschenkel wurde massiert, faradischer und galvanischer Strom. Bereits nach drei bis vier Sitzungen Nachlaß der Kontraktur. Der Zustand besserte sich auch weiterhin merklich; schließlich erklärte die Verletzte am 14. Februar 1911 selber, daß sie vollkommen gesund sei und aus der Behandlung ausscheiden möchte. Sie empfinde zwar noch ein leichtes Spannungsgefühl im linken Fuß, es hindere sie dieses aber nicht mehr beim Gehen. Ein Schwächegefühl im linken Bein empfinde sie nicht mehr. Der hier mitgeteilte Fall hat insofern gewisses Interesse, als bei einer jugendlichen Person nach einer nicht allzu bedeutenden Verletzung hysterische Symptome an einer Extremität auftreten, ohne daß sonstige hysterische Stigmata vorlagen. Die hysterischen Kontrakturen bestanden monatelang in gleichem Umfange, so daß die Verletzte bereits die Ueberzeugung gewonnen hatte, daß die Schädigung eine dauernde sei. Es scheint nicht ausgeschlossen, daß die bestimmt ausgesprochene Prognose ihr gegenüber, daß eine vollkommene Heilung zu erwarten sei, wesentlich zur Besserung beigetragen hat, indem dadurch die Vorstellungen der Verletzten über ihr Leiden gleichsam gewandelt wurden und sich auch bei ihr der Gedanke, daß wieder vollkommene Heilung eintreten würde, festsetzte. Daß aber die Herstellung einer derartigen Anschauung ganz erheblich zum Erfolg in der Behandlung beiträgt, ist wohl zweifellos.

(Zeitschrift für Versicherungsmedizin 1912 Nr. 8. —
Deutsche Mediz.-Zeitung 1912 Nr. 41.)

Pneumonie.

Pneumokokkenserum bei Pneumonie. Von Dr. W. Weitz (Krankenhaus St. Georg in Hamburg). Das Pneumokokkenserum wird durch Immunisierung von Pferden mit dem Bodensatz lebender, hochvirulenter, direkt aus dem Tiere gewonnener Pneumokokkenbouillonkulturen erlangt. Erprobt wurde es in 38 Fällen, welche Erwachsene aller Lebensalter, worunter zahlreiche Potatoren, betrafen. Nur klinisch völlig einwandfreie Pneumonien wurden berücksichtigt. Die Einspritzungen wurden in die Hautvenen des Unterarmes gemacht. Man überzeuge sich aber vorher, daß die Kranken noch nie eine Serumeinspritzung bekommen hatten (Gefahr der Anaphylaxie). Die Menge des gegebenen Serums war recht verschieden. Als Einzeldosis wurde meistens 20 bis 30 ccm, in letzter Zeit als Anfangsdosis häufig 40 ccm, zuweilen nur 10 ccm gegeben; nur dreimal kam man mit einer Einspritzung aus, gewöhnlich wurden zwei oder drei in

Abständen von einem halben Tag verabfolgt; bei einigen sich länger hinziehenden Fällen wurden bis zehn Einspritzungen gemacht. Schädigende Wirkung auf Herz und Atmung wurde nicht beobachtet; Serümexantheme (sechsmal) verliefen rasch. Außerdem bekamen fast alle Kranke Digitalis, eventuell auch Kampfer und Koffein, als Beruhigungsmittel Kodein oder Morphinum, Potatoren als Schlafmittel Veronal; leichte abkühlende hydriatische Prozeduren wurden öfters angewandt. Verfasser berichtet über 38 Fälle und über den Verlauf der Krankheit, je nach dem Krankheitstage, in welchem sie in Behandlung kamen. 16 Pneumonien wurden am zweiten Krankheitstage gespritzt. 12 hatten einen ausgesprochen abortiven Verlauf; in den meisten Fällen fiel die Temperatur langsam ab, so daß sie am dritten Tage niedriger war als am zweiten, am dritten abends niedriger als morgens und am vierten Tage völlig normal. In einzelnen Fällen mit bedrohlicher Herzschwäche bei hohem Alter, resp. mit starker Adipositas universalis oder mit schwerem Diabetes usw., war der therapeutische Effekt besonders bemerkenswert. Ein Mann genas trotz ausgesprochener Pneumokokkensepsis. Von den am dritten Tage gespritzten sechs Fällen genasen fünf, einer starb an Streptokokkensepsis. Vier Fälle verliefen abortiv, auch ein Rezidiv des einen Falles. Von acht am vierten Tage aufgenommenen Fällen starben zwei (Tod am 43. Tage an Empyem durch Streptokokken, resp. am zehnten Tage an Mischinfektion mit *Staphylococcus aureus*). Das Neufeld-Händel'sche Pneumokokkenserum wirkt intravenös spezifisch.

(Wiener Klinik 1912 Nr. 26. —

Deutsche Medizinal-Zeitung 1912 Nr. 37.)

Rumination.

Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. Von E. Mayerhofer. Bei einem sieben Monate alten, nervösen und nervös belasteten Säugling bestand seit dem vierten Lebensmonate anläßlich einer Verdauungsstörung nach dem Abstillen typische Rumination mit konsekutiver Inanition. Der Röntgenbefund sprach gegen einen bestehenden Pylorospasmus. Durch Verabreichung von rein breiiger Nahrung wurde die Rumination prompt geheilt und die konsekutive Inanition behoben, wobei das Kind in sechs Wochen um 2,91 kg zugenommen hatte. Wenn man aus dieser rein klinischen Beobachtung durch Vergleich mit anderen Fällen von Rumination Schlüsse ziehen will, so sei zunächst hervorgehoben, daß im vorliegenden Falle ein Pylorospasmus nicht anzunehmen ist, da röntgenologisch ein schnelles und ungehindertes Uebertreten von Mageninhalt in den Dünndarm festgestellt wurde. Auch die nach Verabreichung breiiger Nahrung auffallende kritische Besserung und prompte Heilung spricht eher für eine Erschlaffung der Kardie als für einen Pyloro-

spasmus. Die schnelle Heilung der Rumination und die vollständige Behebung der konsekutiven Inanition durch Verabreichung dickbreiiger und fester Nahrung verleiht dem Falle ein therapeutisches Interesse, da andere Autoren der übermäßigen Breifütterung zuweilen eine pathogenetische Rolle zuweisen oder Rumination auch bei Verabreichung fester Speisen eintreten sahen.

(Therap. Monatshefte, April 1912.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Die Herabsetzung der Wehenschmerzen durch Pantopon-Skopolamininjektionen. Von Dr. R. Biermer (Wiesbaden). Verfasser hatte im Laufe des letzten Jahres Gelegenheit, Pantopon-Skopolamin 17 mal während der Geburt anzuwenden (subkutane Injektion), und zwar benutzte er zu seinen Versuchen sterilisierte Ampullen, die 0,02 Pantopon + 0,0002 Skopolamin enthielten. Die Ampullen wurden in gebrauchsfertigem Zustand von der chemischen Fabrik Hoffmann-La Roche & Co., Basel, Grenzach, zur Verfügung gestellt. Verfasser hatte sich bei der Auswahl der Fälle im allgemeinen von dem Gesichtspunkte leiten lassen, Pantopon-Skopolamin nur dann anzuwenden, wenn es sich um exzessiv große Schmerzhaftigkeit der Wehen handelte. In acht Fällen verlief die Geburt spontan. Darunter waren drei Primiparae über 30 Jahre alt, bei denen die Austreibungsperiode durch das hohe Alter allein schon erheblich verzögert wurde. Das eine Mal dauerte die Geburt bei einer 36jährigen I. Para 48 Stunden, bei einer anderen Erstgebärenden von 32 Jahren 40 Stunden, das dritte Mal bei einer 31jährigen I. Para 42 Stunden. Bei allen acht Frauen konnte Verfasser durch eine einmalige Injektion von Pantopon-Skopolamin die Schmerzhaftigkeit der Wehen günstig beeinflussen. Nach 15—20 Minuten trat die Wirkung ein. Die Frauen verfielen in leichten Dämmer Schlaf, die Wehentätigkeit wurde absolut nicht beeinflußt. In einigen Fällen wurden die Wehen kaum bemerkt. In zwei Fällen machten sich trotz der Injektion die Wehenschmerzen weiter unangenehm fühlbar, wurden aber wegen der dazwischenliegenden Erholungspause viel besser vertragen. Die Kinder kamen alle lebend zur Welt, ohne irgend welche Erscheinungen von Asphyxie. Störungen in der Nachgeburtsperiode wurden nicht beobachtet. In drei weiteren Fällen, bei denen Verfasser die Geburt mittels Zange beenden mußte, gab er bei heftigen Wehenschmerzen in der Eröffnungsperiode Pantopon-Skopolamin. Die Dauer der Wirkung schwankte zwischen vier und fünf Stunden. Die Frauen fühlten sich nach Ablauf der Wirkung gekräftigt. Der Muttermund, der vor der Injektion nur zwei- bis fünfmarkstückgroß erweitert war, war nun verstrichen, und die Anlegung der Zange bot keine Schwierigkeiten mehr. Auch in diesen

drei Fällen konnte keine Schädigung der Mutter bzw. des Kindes beobachtet werden. In zwei Fällen versuchte Verfasser die Wirkung des Pantopon-Skopolamin kurz vor Anlegen der Zange. Circa 20 Minuten nach der Einspritzung legte Verfasser die Zange an, und auch hierbei stellte sich die günstige Wirkung der Schmerzlinderung heraus, die verhältnismäßig schwierige Entwicklung des Kopfes wurde von der Kreißenden viel weniger schmerzhaft empfunden und dadurch die Extraktion wesentlich erleichtert. Die Kinder lebten beide. Keine Atonie. In einem Fall, 36jährige I. Para mit allgemein verengtem Becken, bei der sich die Geburt trotz kräftiger Wehentätigkeit über zwei Tage hinauszog und bei der Verfasser dann nach 48stündigem Kreißen bei fünfmarkstückgroßem Muttermund und seitlichen Inzisionen nach vergeblichem Versuch, den Kopf mittels Zange zu extrahieren, zur Perforation schritt — die kindlichen Herztöne waren bis vor zwei Stunden deutlich vernehmbar — hat Verfasser innerhalb von 24 Stunden drei Injektionen gemacht. Die Wirkungsdauer schwankte auch hier zwischen vier und sechs Stunden. Ob hierbei der Tod des Kindes infolge der Injektion eintrat, ist nicht mit Sicherheit festzustellen, da es sich bei der Extraktion des Kopfes herausstellte, daß die Nabelschnur sehr kurz war und fest um den Hals des Kindes umschlungen war. In einem anderen Falle machte Verfasser bei Querlage und stehender Blase kurz vor der Wendung eine Injektion von Pantopon-Skopolamin und konnte auch hierbei feststellen, daß die Wendung, besonders das Eingehen mit dem Arm, viel weniger schmerzhaft empfunden wurde. Nur bei einer Frau schien die Wirkung der Injektion vollständig zu versagen. Frau B., 32jährige II. Para, leicht rachitisches Becken, seit 20 Stunden kräftige und sehr schmerzhaftes Wehen. Befund 16. Dezember 1911 abends 9 Uhr. Die Kreißende sehr unruhig, tobt vor Schmerzen. Der Muttermund erst fünfmarkstückgroß, der Kopf steht fest im Beckeneingang, Pantopon-Skopolamininjektion. Wie die Hebamme berichtet, als Verfasser nach neun Stunden wiedergerufen wurde, soll absolut keine schmerzlindernde Wirkung eingetreten sein. Da der Muttermund verstrichen, Forceps. Kind lebt, keine Nachgeburtsblutung. In einem weiteren Fall „Querlage“ fiel kurz nach der Injektion beim Blasensprung der eine Arm vor, und Verfasser mußte die Wendung in Narkose vornehmen. Der Fall läßt also kein Urteil zu über die schmerzlindernde Wirkung und wird nur angeführt, weil auch hier keine Schädigung der Mutter oder des Kindes beobachtet werden konnte. Zieht man das Resumé aus den 17 Beobachtungen, so geht als wichtigste Tatsache daraus hervor, daß eine einmalige Pantopon-Skopolamininjektion für Mutter und Kind ungefährlich zu sein scheint. In keiner der 16 hiefür in Betracht kommenden Beobachtungen trat eine Störung der Nach-

geburtsperiode ein, alle Kinder kamen lebend zur Welt. Ob in dem einen Fall, bei dem kurz vor der Geburt das Kind abstarb, bei dem Verfasser während der langdauernden Austreibungsperiode dreimal in mehrstündigen Zwischenräumen 0,02 Pantopon + 0,0002 Skopolamin injizierte, der Tod des Kindes mit der Injektion zusammenhängt, oder wie es sehr wahrscheinlich ist, mit einer festen Nabelschnurumschlingung bei kurzer Nabelschnur — muß Verfasser offen lassen. Was die Haltbarkeit des Präparates anbetrifft, so scheint das Pantopon + Skopolamin in der Form sterilisierter Ampullen, wie sie die Firma *H o f f m a n n - L a R o c h e* in den Handel bringt, sich auf viele Monate zu erstrecken, denn Verfassers Beobachtungen des ersten $\frac{3}{4}$ Jahres, die mit ein und demselben Präparat gemacht wurden, zeigten in der Wirkung keine Veränderung. In bezug auf die schmerzlindernde Wirkung der Wehen war der Erfolg mit einer Ausnahme überraschend. Die Wirkung tritt nach 15—20 Minuten deutlich ein, und wenn man sieht, wie eine Frau, die kurz vorher sich noch in ihrem Wehenschmerz stöhnend und klagend in ihrem Bett herumwälzt, kurz nach der Injektion vollkommen ruhig wird, und wie Verfasser öfters zu beobachten Gelegenheit hatte, in einen leichten aber erquickenden Schlaf verfällt, nur während der Wehen schmerzhaft das Gesicht verzieht oder leicht stöhnt, um sofort nach der Wehe wieder ruhig dahin zu schlummern, so braucht man kein zu großer Optimist zu sein, wenn man behauptet, wir sind auf dem besten Wege, die Frauen in ihren schwersten Stunden durch eine einfache und ungefährliche Einspritzung von ihren Wehenschmerzen dauernd zu befreien. Aus den Beobachtungen geht weiter hervor, daß wir durch die Herabsetzung der Wehenschmerzen bei mancher älteren Erstgebärenden in einer Anzahl von Fällen die Anlegung der Zange entbehren können. Verfasser glaubt wenigstens, daß bei drei seiner Fälle, wo es sich um eine 36-, 32- bzw. 31jährige Erstgebärende handelte, er ohne Pantopon-Skopolamininjektion zur Zange hätte greifen müssen, während es so ohne jeden Eingriff zur spontanen Geburt kam. Ferner möchte Verfasser hervorheben, daß die sehr einfache Art der Herbeiführung einer Art von Halbnarkose, wie ja die Beobachtungen beweisen, sich ausgezeichnet für die Privatpraxis eignet, daß ferner ein weiterer Vorzug der Pantopon-Skopolaminanwendung darauf beruht, daß, im Gegensatz zu der Halbnarkose mit Aether oder Chloroform, der Arzt nach der Injektion die Kreißende unbesorgt verlassen kann, sobald die schmerzlindernde Wirkung eingetreten ist, um den weiteren Verlauf der Geburt der Hebamme zu überlassen, höchstens, daß er nach Verlauf von fünf bis sechs Stunden, wenn die Wirkung nachgelassen, gezwungen ist, die Injektion zu wiederholen. Verfasser möchte am Schlusse seiner Aus-

führungen bei der Indikationsstellung der Pantopon-Skopolamininjektion sein Urteil in Uebereinstimmung mit Fedoroff kurz dahin zusammenfassen: Ausschließlich sehr heftige Wehenschmerzen berechtigen uns zur Pantopon-Skopolaminanwendung. Da die Wirkung der Halbnarkose begrenzt ist, und im allgemeinen nicht länger als fünf bis sechs Stunden anhält, so ergibt sich hieraus, daß wir die Injektion nicht zu früh machen dürfen, wenn wir damit rechnen wollen, mit einer Injektion auszukommen.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1912 Nr. 17.)

Die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Röntgenstrahlen. Von Bernh. v. Klot (Aus der Universitäts-Frauenklinik in München). Auf Grund zahlreicher in der Literatur niedergelegter Versuche kann bezüglich der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Schwangerschaft etc. als feststehend folgendes betrachtet werden:

I. Tiere, deren Ovarien eine gewisse Zeit der Einwirkung von Röntgenstrahlen ausgesetzt gewesen sind, werden nicht schwanger oder abortieren oder gebären nicht lebensfähige Junge. Diese Versuche ergeben somit einen experimentellen Beweis für die durch histologische Untersuchungen festgestellte Degeneration der Ovarien nach Röntgenbestrahlungen. Die Unfruchtbarkeit kann allmählich schwinden, doch trifft auch später gewöhnlich Abort ein. Je später nach den Durchleuchtungen eine Belegung eintritt, um so eher scheint es zu einer normalen Geburt kommen zu können. Ob es zu einer vollkommenen und sicheren Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit kommen kann, ist noch nicht sicher. Auch hier experimentelle Bestätigung für die Regenerationsfähigkeit der Ovarien.

II. In der ersten Hälfte der Gravidität ist bei vielen Tieren Störung der Schwangerschaft durch Röntgenbestrahlung des Abdomens möglich. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Störung ist eine sehr große, da die negativen Ergebnisse der Versuche gering an Zahl gegenüber den positiven sind. Bestrahlt man vom Konzeptionstage an, so kommt es gewöhnlich nicht zur Entwicklung eines Embryo; kommt es zu einer Entwicklung desselben, so zeigt er Störungen in seinem Wachstum und stirbt meist ab. Bei Bestrahlungen in späteren Tagen kommt es zum Abort oder zur Resorption des Fötus. Dazwischen sind die Geburten von lebenden und toten Jungen beobachtet worden. Ausgetragene Junge sind fast immer schwächlich und sterben bald ab, bisweilen zeigen sie Wachstumshemmung. Zuweilen (eventuell nach geringeren Bestrahlungen) kommt es zu einer Verlängerung der Tragzeit und zum Wurf von toten Jungen, was sich vielleicht auf die häufig beobachtete Erscheinung der verlangsamten Fruchtentwicklung zurückführen ließe. Bei

Bestrahlungen der Ovarien allein unter Abdeckung des Uterus kommt es in einer größeren Zahl von Fällen zu Abort; bei Bestrahlung des Uterus allein unter Abdeckung der Ovarien in einer geringeren Zahl von Fällen. Auch bei Bestrahlung eines Tieres unter Abdeckung des ganzen Abdomens kann es zu Abort kommen. Auch sehr geringe Mengen von Röntgenstrahlen, die noch keinen nachweisbaren Einfluß auf das Muttertier ausüben, verhindern ein Austragen der Föten.

III. Versuche mit Bestrahlungen des Abdomens in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sind noch zu gering an Zahl, als daß man ein allgemeines Urteil fällen könnte. Es ist beobachtet worden:

1. keine Störung der Gravidität und normale Entwicklung der ausgetragenen Föten;

2. Geburt von toten oder lebensschwachen Jungen;

3. Verlängerung der Tragzeit.

Isolierte Röntgenisierung der Eierstöcke in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft übt keinen Einfluß auf deren weiteren Verlauf.

IV. Bei Bestrahlung des Kopfes von schwangeren Kaninchen kann es zu Wachstumsstörungen der Früchte kommen, nicht nur derer, die während der Durchleuchtungen getragen wurden, sondern auch solcher späterer Würfe. Die Versuche über die entwicklungshemmenden Eigenschaften der Röntgenstrahlen auf niedere Tiere und Pflanzen zeigen überall die wachstumshemmende Wirkung der Röntgenstrahlen. Die Versuche über Wachstumsstörungen höherer Tiere nach Röntgenbestrahlungen werden kurz besprochen.

Im dritten Kapitel erörtert Verfasser die Unterbrechung der Schwangerschaft beim Menschen. In der Universitäts-Frauenklinik in München (Döderlein) ist es gelungen, einen Abort durch Röntgenstrahlen herbeizuführen. Die Indikation bildete Tuberkulose. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft ist die Mehrzahl der Versuche, menschliche Gravidität durch Röntgenbestrahlungen zu unterbrechen, gescheitert. Es liegt aber kein Fall vor, für den bewiesen wäre, daß die Strahlen bei genügender Einwirkung keinen Einfluß auf den Fötus gehabt hätten, während für das Umgekehrte Belegfälle vorhanden sind. Die Bestrahlungen in der zweiten Hälfte der Gravidität sind meist nicht zum Zwecke der Unterbrechungen vorgenommen; Störungen der Schwangerschaft scheinen aber nicht aufzutreten. Eine strikte Kontraindikation für die Röntgentherapie bilden natürlich alle die Fälle, wo es sich nur um einen einmaligen Abort handelt. Die Gefahr der Sterilisation ist in höchstem Grade gegeben. Gerade hierin aber liegt ein großer Wert der Röntgenstrahlen. Man erreicht bei dieser Therapie zwei Ziele zu gleicher Zeit. Der Frau, die aus irgend welchen Gründen zur Fortpflanzung nicht tauglich ist, wird nicht nur in vorliegendem Falle, sondern auch für die Zukunft geholfen. Ein Umstand, der die Anwendung der Röntgenstrahlen

empfehlenswert erscheinen läßt, ist das geringe Auftreten von Ausfallerscheinungen. Zwei praktische Nachteile hat die Sterilisierung durch die Röntgenstrahlen gegenüber der Kastration, die aber zugleich auch wieder Vorteile in sich bergen. Die Nachteile liegen in der langen Dauer und der damit verbundenen Kostspieligkeit des Verfahrens, der Vorzug in der ambulanten Behandlung. Die Röntgenstrahlen sind nach dem heutigen Stande unseres Wissens bei sachkundiger Anwendung ein absolut ungefährliches Mittel zur Einleitung des künstlichen Abortes. Nicht ganz sicher zu entscheiden ist die Frage, warum es zu Störungen der Gravidität kommt. Es liegen an und für sich drei Möglichkeiten vor: einmal die Bildung eines Toxins, zweitens die Schädigung des Fötus direkt, und drittens die Schädigung eines für den Fortbestand der Gravidität wichtigen Organes der Mutter. Daß die toxische Wirkung jedenfalls kaum die alleinige Ursache der Graviditätsstörung sein kann, wird durch den Umstand wahrscheinlich gemacht, daß nach intensiven Röntgenbestrahlungen eines anderen Körperteiles der Schwangeren als des Abdomens Abort nicht einzutreten braucht. Die meisten Autoren geben an, daß ihnen eine toxische Wirkung unwahrscheinlich sei. Häufiger ist die Anschauung, daß die Atrophie der Ovarien Störungen der Schwangerschaft hervorruft. Die Auffassung, daß der Embryo nur infolge der Ovarialatrophie abstirbt, erscheint kaum möglich, und man wird zugeben müssen, daß es durch Bestrahlen des Embryo allein zum Abort kommen kann. Daß in einigen Fällen die Ovarialatrophie allein als Grund betrachtet werden muß, kann heute nicht geleugnet werden. Für etwaige Annahme, daß eine Schädigung des Uterus der Anlaß sein könnte, besteht keine Begründung.

(Dissertation München 1911. —

Allgemeine med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 34.)

Seekrankheit.

Veronal und Veronalnatrium bei Seekrankheit. Von Dr. Frank (Hamburg). Verfasser hatte während zweier Seereisen von drei- und viermonatlicher Dauer nach Afrika und Indien Gelegenheit, das Veronal und seine Natriumverbindung bezüglich ihrer Wirkung auf Seekrankheit und andere nervöse Erscheinungen zu prüfen. Verabreicht wurden die Präparate 34 Personen wegen Seekrankheit, 8 wegen leichten Unwohlseins, kombiniert mit nervösen Erscheinungen und Schlaflosigkeit, beim Eintritt in die heiße Zone, 2 wegen Ischias, 1 wegen Trigemimusneuralgie, 3 wegen Periostitis, 2 wegen Hysterie. Veronalnatrium wurde in den 20 ersten Fällen von Seekrankheit und fünf Fällen von nervösen Störungen einen über den anderen Tag, drei Tage lang gegeben, alsdann ebenso lange Veronal, beides in Dosen von 0,5, 1, 1,5 g bei Männern und 1 g bei

Frauen. In elf Fällen wurde die wiederholte Gabe von Veronalnatrium in Lösung verweigert, da der Geschmack direkt zum Erbrechen reize. Daraufhin wurde das Mittel als Pulver in Oblate gegeben und anstandslos vertragen. Durchweg war die Wirkung jedoch nicht so exakt wie die des reinen Veronals. Bei allen des Abends verabreichten Dosen war die Wirkung selbst bei 1,5—2 g geringer als die des Veronals in Dosen von nur 0,5—1 g. In vier Fällen trat das Schlafbedürfnis früher ein als bei Veronal, jedoch kam es des Nachts immer zu Schlafunterbrechungen. Günstig steht dem gegenüber, daß weder Rauschgefühl noch Abspannung am anderen Tage bei Veronalnatrium vorhanden waren, was allerdings von einigen Personen, besonders Frauen, vermißt wurde. Bei Einnahme von Veronal und Veronalnatrium in Pulvern oder Tabletten wurde kein Unterschied in der Wirkung beobachtet: Puls, Diurese, Appetit blieben immer normal. Eiweißausscheidung war nie nachzuweisen. Nach Dosen über 1 g wurde öfters über unangenehmen Geschmack beim Erwachen geklagt. Die nervösen Störungen wurden durch Veronal sämtlich beseitigt, ebenso die Trigeminusneuralgie. Bei den Fällen von Periostitis wurden durch Verabreichung von 0,5, 1 und 0,5 g während dreier Tage eine Stunde nach Einnahme ein Nachlassen der Schmerzen und Einschlafen erreicht. Wenig einflußbar erwiesen sich die Ischiasfälle, dagegen reagierten die Hysteriefälle sehr günstig, besonders eine Abasie - Astasie, welche nach mehreren Gaben von 0,5 g eine entschiedene Besserung in der Beweglichkeit zeigte. Außer in den Fällen von Seekrankheit wurde das Veronal bzw. Veronalnatrium abends gegeben. Die seekranken Patienten erhielten dreimal täglich 0,2—0,5 g. Mit einer Ausnahme war bei allen ein günstiger Einfluß zu bemerken. Das Würgen ließ nach, der Kopfschmerz wurde geringer, und das Bedürfnis nach mäßiger Nahrungsaufnahme trat wieder ein. Es ist dies um so höher einzuschätzen, da vielen Patienten, um eine eventuelle Autosuggestion auszuschließen, das Mittel nicht genannt und unter Vorgabe anderer Gründe verabreicht wurde. Noch weniger bekannt dürfte es sein, daß in den meisten Fällen, selbst bei fieberhaften Erkrankungen, eine Temperaturherabsetzung von fast über 0,5° zu beobachten ist. Seine Erfahrungen kann Verfasser folgendermaßen zusammenfassen: Veronal und Veronalnatrium sind sicher imstande, unter Ausschluß von Autosuggestion günstig auf die Seekrankheit und das Unwohlsein, welches bei vielen Personen infolge langer Eisenbahnfahrten entsteht, einzuwirken. Bei nervösen Erscheinungen und starken Schmerzen ist Veronal gegenüber dem Veronalnatrium zu bevorzugen. Zu beachten wäre noch, daß bei Frauen und in allen Fällen, in denen ein Verdacht auf leichte Angewöhnung oder Abusus

besteht, dem Veronalnatrium wegen seines rascheren Abklingens und seiner nicht kumulierenden Wirkung der Vorzug zu geben ist.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Streptokokkenkrankungen.

Die Anwendung von Antistreptokokkenserum (Höchst) per os und lokal in Pulverform. Von G. Spieß (Frankfurt a.M.). Nachdem S. die Resultate zahlreicher Tierversuche geschildert, fährt er fort: Nach diesen Ausführungen ergibt sich die Anwendungsweise von selbst. Es kommt vor allem darauf an, das Serum so früh wie möglich zu geben und in ausreichender Menge. Unter den Streptokokkeninfektionen spielt die Halsentzündung die erste Rolle, die sich meist unter dem Bilde der lakunären Angina entwickelt. Fast ausnahmslos finden wir dann bei bakteriologischer Untersuchung Streptokokken im Abstrich; leider aber auch noch eine ganze Reihe anderer Mikroorganismen, die uns die Beurteilung sehr erschweren, welchem Stamm die Hautinfektion zuzuschreiben sei. Oft zwar finden sich Streptokokken in so überwiegender Mehrzahl, bisweilen fast in Reinkultur, daß man keinen Zweifel hegen kann; aber auch in den andern Fällen darf man wohl annehmen, daß stets ein Hauptteil den Streptokokken zuzuschreiben ist; und auf keinen Fall dürfte es unnütz sein, diese vor allem einmal unschädlich zu machen. Allgemeininfektionen, die im Anschluß an Anginen beobachtet werden, sind meiner Erfahrung nach zum größten Teile auf Streptokokken zurückzuführen. Im allgemeinen dürfte also der bakteriologischen Untersuchung schon aus dem Grunde kein so großer Wert beizumessen sein, als die Anwendung des Serums ja nicht, wie dies oft bei fraglichen Diphtheriefällen geschieht, erst von dem Ausfalle dieser Untersuchung, da er uns eben zu wenig sagt, abhängen soll. Das Serum muß gleich gegeben werden; wir dürfen nicht erst zögern und lange zuwarten, bis nach 24 Stunden endlich die kulturelle Untersuchung abgeschlossen ist; die beste Zeit haben wir dann schon verloren! Das Serum hat ja auch bei innerer Verabreichung nicht die geringste schädigende Wirkung; man gibt es Erwachsenen und Kindern in fast gleich großen Mengen, man hat keinen Grund, sich wegen artfremden Serums bei der subkutanen oder intravenösen Injektion von Diphtherieserum Gedanken zu machen, Befürchtungen zu hegen. Selbst bei einer Fehldiagnose kann ganz unbeschadet, gerade als ob nichts vorher geschehen wäre, eine Diphtherieeinspritzung gemacht werden. Das eingenommene Serum ist dann nichts anderes als eine einfache Eiweißlösung gewesen. Sobald die Zeichen der Angina eintreten, sobald Temperaturerhöhung einsetzt, der Hals sich rötet und sich die bekannten Symptome beginnender Halsentzündung bemerkbar machen, soll man 25 ccm des Serums trinken lassen. Durch Zusatz von Himbeersaft,

nicht aber alkoholfreier Liköre, direkt vor dem Einnehmen, läßt sich der fade Serumgeschmack fast ganz verdecken; selbst Kinder trinken das „Himbeerwasser“ ohne jedes Widerstreben. Die Wirkung des Serums läßt sich aus dem Fieberverlauf sowie aus dem lokalen Befund beurteilen. In Fällen reiner Streptokokkeninfektion sinkt die Temperatur nach sechs bis acht Stunden schon zur Norm herunter. Bisweilen tritt eine leichte Unruhe, ein unbedeutendes Unbehagensgefühl um diese Zeit auf, zuweilen auch steigt das Thermometer sehr hoch an, um dann um so rascher unter starkem Schweißausbruch abzufallen. Der folgende Tag ist meist schon ganz fieberfrei, die Angina ist geradezu kuptiert. Tritt dieser prompte Erfolg nicht ein, so handelt es sich meistens um eine Verzögerung von 24 Stunden, nach welcher Zeit auch in diesen Fällen normale Temperaturen herrschen. Etwaige Mißerfolge, die auch ich in dem Zeitraum von fünf Jahren, in welchem ich das Serum ausgedehnt angewandt, zur Genüge beobachtet habe, lassen sich nach allem Obenerwähnten unschwer erklären. Solange wir eben kein Urteil über die Virulenz der Infektionskeime haben, sind wir nicht in der Lage, die Dosis des Serums entsprechend zu graduieren. Solange wir nicht bestimmen können, welcher Anteil an der Erkrankung gerade den Streptokokken zukommt, sind wir auch nicht berechtigt, den gleichen Erfolg wie bei einer reinen Streptokokkeninfektion zu erwarten. Die Erfüllung dieser beiden Postulate wird nun freilich noch lange ein frommer Wunsch bleiben. Ich halte es daher für richtig, in Fällen, die uns einen ernsteren Eindruck erwecken, die uns vielleicht von früher her schon als solche bekannt sind, lieber gleich die doppelte oder mehrfache Dosis zu geben, als mit der sogenannten „einfachen Heildosis“ zu knausern. Ganz besonders sollte man dies tun, wenn die Erkrankung nicht gleich am ersten Tage, sondern schon in voller Blüte zur Behandlung kommt. In schwersten Fällen, namentlich bei Fällen schwerer Streptokokkensepsis, dürfte der internen doch wohl die intravenöse Verabreichung großer Mengen des Serums vorzuziehen sein. Der Einfluß des Serums läßt sich in Fällen reiner Infektion auch an dem lokalen Befund deutlich erkennen. Man kann getrost sagen: vom Momente der Einverleibung des Serums an ist eine weitere Zunahme der Krankheitserscheinungen nicht mehr zu erkennen. Bestand nur Rötung und Schwellung der Gaumenmandeln, so traten keine weißen Beläge mehr auf, sondern die Rückbildung und Abblassung erfolgte auffallend rasch. Waren „weiße Flecke“ bereits zu sehen, zeigte sich das Bild, wie es der lakunären Angina charakteristisch ist, so schwinden diese in auffallend kurzer Zeit. Ich habe Fälle beobachtet, in welchen dieser Prozeß kaum länger als 24 Stunden in Anspruch nahm, bei denen ich sonst mindestens drei Tage dafür rechnen zu müssen gewohnt war. Daß mit der Besserung der

objektiven Symptome die subjektiven gleichen Schritt halten, ist leicht erklärlich. Namentlich auch zeigt das Allgemeinbefinden der Kranken stets eine besonders rasche Besserung. Ist in den ausgesprochenen Fällen der Erfolg des Serums oft so in die Augen springend, daß kein Zweifel an seiner Wirksamkeit bestehen kann, so wird man mir bei den leichten Fällen, die außer einer hohen Temperatur nur einen roten, etwas schmerzenden Hals, aber keine Beläge hatten, einwenden können, daß es hier auch ohne Serum ebenso rasch gut geworden wäre. Diesem Einwand kann ich nicht widersprechen. Was noch daraus geworden oder ob überhaupt nichts mehr gefolgt wäre, kann niemand entscheiden. Wenn man aber die nach Nasenoperationen nicht seltenen und ohne jede nachweisbare Ursache auftretenden Anginen kennt, wenn man die Temperaturerhöhung, den roten Hals sieht und von früher aus der Erfahrung weiß, daß sicher wieder eine Angina ausbrechen wird, die diesmal aber nach Serumgabe ausblieb, so glaube ich doch durch die Erfahrung berechtigt zu sein, diesen Unterschied auf das Konto des Serums setzen zu dürfen. Handelt es sich doch nicht um einen einzigen, sondern um sehr viele Fälle, die ich im Laufe der Jahre beobachtet habe. Patienten, die oft an Anginen gelitten haben, kennen den Beginn der Entzündung oft nur zu genau, so daß man sich auf ihre Angaben wohl auch verlassen kann. Besonderen Wert messe ich der Serumbehandlung bei denjenigen Fällen von Angina bei, die einem Gelenkrheumatismus vorangingen. Um nur einen typischen Fall hier aufzuzählen: Es handelte sich um einen neunjährigen Jungen, welcher im direkten Anschluß an eine ganz leichte Angina einen Gelenkrheumatismus bekam. Gelenkschmerzen und Fieber hatten schon fast drei Wochen ohne Nachlaß bestanden, als auf meinen Rat hin das Serum in einfacher Dosis gegeben wurde. Um 4 Uhr nachmittags war das Mittel eingenommen worden, um 7 Uhr war, wie seither, eine Temperatur von über 38°, um 11 Uhr Temperaturabfall. Am nächsten Morgen war zum erstenmal seit Wochen die Temperatur wieder normal und blieb normal. Ein solcher Fall braucht ja nicht als beweisend angesehen zu werden; wenn derselbe Erfolg aber öfter zu verzeichnen ist? Bei noch einer anderen Form der Streptokokkeninfektion, dem Erysipel, von welcher Erkrankung ich allerdings keine große Anzahl von Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, habe ich ebenfalls die Wirkung des Serums erprobt. Bei mehreren postoperativen Fällen von Gesichtserysipel war der Erfolg der, daß der Krankheitsprozeß nur ganz leicht verlief, daß das Allgemeinbefinden wenig litt und die Temperaturen nach anfänglichem Anstieg einige Tage noch unbedeutend erhöht waren. In einem Falle von Wanderysipel, das bereits mehrere Wochen lang in gleicher Schwere und unter gleich hohen Abendtemperaturen bestand, riet ich dem ihn im

Hochgebirge behandelnden Ärzte, das Serum zu versuchen. Auch hier war der Erfolg eklatant. Der nächste Morgen war auf die erste einfache Dosis fieberfrei; als aber gegen Abend das Thermometer wieder auf 38° ging, wurde auch die zweite gesandte Dosis gegeben. Von da ab rasche Besserung und Heilung und kein Fieberanstieg mehr. Im Gegenteil, es traten für einige Tage stärkere Untertemperaturen auf, wie ich sie manchmal nach größeren Dosen oder mehrmaliger Verabreichung gesehen habe, die aber in keiner Weise weder subjektive noch objektive Beschwerden machten und ganz unbedenklich sind. Ein anderer Fall, der in der Familie eines Kollegen vorkam, verlief gleich günstig. Auch Kollege Voß, der auf meine Veranlassung seit längerer Zeit schon das Serum anwendet, schreibt im Handbuch der Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege gerade bei Erysipel über sehr befriedigende Resultate. Aber auch bei akuten Mittelohreiterungen glaubt Voß gar nicht mehr auf das Mittel verzichten zu können. Fälle, die nach seiner reichen Erfahrung sicher zur Ausmeißelung gekommen wären, sind rasch besser geworden und ohne Operation geheilt. Derartige Erfahrungen veranlaßten mich, mit Prof. Ruppel Rücksprache zu nehmen, ob das Mittel nicht in einer Form hergestellt werden könnte, die sich für die lokale Behandlung besser eignete wie das flüssige Präparat. Die Pulverform wurde für diesen Zweck am geeignetsten befunden. Da der Erfolg des Serumtrinkens bei den Anginen möglicherweise, wie mir eingewandt wurde, auf der direkten Bespülung der erkrankten Partien beruhen konnte, also auf einer direkten lokalen Einwirkung, so suchte ich das Pulver möglichst direkt auf und in die Mandeln zu bringen. Zu dem Zwecke rührte ich das Pulver mit reinem Wasser zu einem dicken Brei, den ich mit einem hakenförmig gebogenen Watteträger in die Lakunen einpinselte. Was wirksamer war, diese lokale Behandlung oder die interne, kann ich nicht entscheiden, die Resultate waren zu unterschiedlich. Wenn es irgend geht, verbinde ich beide Methoden: neben der inneren Verabreichung werden die Mandeltaschen gründlich gereinigt und, soweit dies möglich, dick mit Pulverbrei gefüllt. Meine nächsten Versuche mit dem Pulver richteten sich auf die Behandlung des frischen Schnupfens. Nachdem die Nasenhöhle mit einem 1‰igen Kokainsuprareninspray eingestäubt und so eine Abschwellung der Schleimhäute erzielt worden, wird das Pulver mittels eines Kabierske'schen Pulverbläfers mehrmals in reichlicher Menge eingeblasen. Das Resultat dieser Versuche war: in einem Falle geradezu wunderbarer Erfolg, in andern ein glatter Mißerfolg. Die zahlreichen bakteriologischen Untersuchungen, die deswegen ausgeführt wurden, gaben bald die richtige Antwort darauf. Es fanden sich in den einzelnen Fällen die verschiedensten Bakterienformen, meist aber nicht so vermischt wie in der Mundhöhle, so daß

wir mit größerer Sicherheit das Vorhandensein nur eines ursächlichen Mikroben annehmen konnten. Fanden sich z. B. Influenzabazillen oder Pneumokokken oder Bacillus catarrhalis oder der Streptococcus viridans, so war kein Erfolg zu konstatieren; er wäre ja auch gar nicht zu erwarten gewesen, wenn man das bakteriologische Resultat schon vorher gleich gewußt hätte. In Fällen aber, in denen Streptokokken die Ursache des Schnupfens sind, ist der Erfolg meist sehr günstig. Im Engadin, in St. Moritz z. B., wo die sogenannte „Engadine throat“, eine auf Streptokokken beruhende Halsentzündung leider namentlich im Winter sehr häufig endemisch auftritt, habe ich bei mehreren Fällen von Schnupfen das Pulver ausprobiert. Der Erfolg trat jedesmal mit fast absoluter Sicherheit ein. Nicht nur in ganz frischen Fällen, sondern auch bei solchen, die bereits seit zwei und mehr Tagen in voller Blüte standen, war der Erfolg sicher. Die Wirkung des Serumpulvers macht sich in der Weise bemerkbar, daß die Nase, die vorher stark sezernierte, rasch trocken wird. Nur im oberen Teil bleibt die ersten 24 Stunden öfter ein Gefühl von stärkerer Anschwellung, das dann aber rasch zurückgeht. Es hängt dies aber auch sehr davon ab, in welchem Stadium der Schnupfen zu dieser spezifischen Behandlung kommt. Selbstverständlich genügt es hier nicht, nur einmal einzupulvern; schon um sicher zu gehen, wird man dies mehreremal wiederholen. Die nach der Einblasung auftretenden, leicht brennenden Empfindungen in der Nase schwinden nach einer Minute schon, und der etwas fade Geruch ist noch weniger Hinderungsgrund für die Anwendung. Prophylaktisch das Mittel anzuwenden, hat weder Wert noch Sinn. Es ist ganz wirkungslos. Dafür käme die aktive Immunisierung in Betracht, und es wäre nicht uninteressant, damit im Engadin, wo die Streptokokkeninfektionen so häufig sind, Versuche in größerem Maße anzustellen. Vielleicht daß dadurch allmählich das Engadin, dieses sonst so ideale Hochtal, von diesem Störenfried dauernd befreit werden könnte! Fasse ich kurz nochmals die Erfahrungen und Eindrücke zusammen, die ich über die interne und die pulverförmige Verabreichung des Antistreptokokkenserums (Höchst) gewonnen habe, so muß ich mich zu einem unbedingten Anhänger des Mittels bekennen. In vielen Fällen habe ich ein geradezu unbegrenztes Zutrauen zu ihm, das auch durch Mißerfolge nicht erschüttert werden konnte. Das Serum sollte in jedem Falle, in welchem wir die alleinige oder Mitbeteiligung von Streptokokken vermuten, gegeben werden. Je früher, desto besser. Lieber zehnmal umsonst, als einmal zu spät. Denn das Mittel ist in dieser Verabfolgung völlig unschädlich. Es kann nur nützen oder nicht nützen, aber niemals schaden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 5.)

Tuberkulose.

Ueber Anwendung des Tuberkulins durch den praktischen Arzt schreibt Dr. G. Vieten (Boele-Hagen i. W.): „Die Anwendung des Tuberkulins als Heilmittel gegen die Tuberkulose, die seit vielen Jahren von den Klinikern und Tuberkuloseforschern aufs nachdrücklichste empfohlen, und über deren Erfolge auch in dieser Zeitschrift in längeren Abhandlungen und kurzen Referaten des öfteren berichtet wurde, hat leider immer noch nicht die Würdigung und Verbreitung bei den praktischen Aerzten gefunden, die ihr im Kampfe gegen diese verheerende Volksseuche zusteht. Dies ist wohl hauptsächlich dem Umstande zuzuschreiben, daß viele Aerzte, vor allem die älteren, durch die im Anfang der Tuberkulineinspritzungen häufig auftretenden Reaktionen, welche oft zu schweren, teils vorübergehenden, teils dauernden Schädigungen der Kranken führten, von der Anwendung desselben abgeschreckt wurden. Diese Furcht der Aerzte infolge jener unbeabsichtigten Nebenwirkungen hat sich dann auf das Publikum übertragen, so daß trotz des großen Verlangens nach dauernder Genesung vielerorts einer Tuberkulinkur auch jetzt noch das größte Mißtrauen entgegengebracht und eine Einleitung derselben von vornherein abgelehnt wird. Wenn auch die bei den ersten Versuchen mit Tuberkulin infolge falscher Anwendung manchmal aufgetretenen schädlichen Reaktionen das bestehende Mißtrauen sowohl der Aerzte wie Laien rechtfertigen könnten, so muß doch jeder Zweifel an der Wirksamkeit des Tuberkulins auch in therapeutischer Hinsicht weichen, wenn man von den vielen Erfolgen und Heilungen der letzten Jahre hört und liest, die hauptsächlich der Tuberkulinkur zuzuschreiben sind. Gerade deshalb wird auch bei jeder Gelegenheit von Forschern und Aerzten immer und immer wieder auf die therapeutische Bedeutung des Tuberkulins hingewiesen und seine Anwendung namentlich den praktischen Aerzten aufs wärmste empfohlen. Denn gerade der praktische Arzt wird dem Tuberkulin die verdiente Bedeutung und Verbreitung bei der Heilung der Tuberkulose erringen können, wenn er es in den vielen Fällen anwendet, die ihm tagtäglich in der Praxis begegnen. Hat er erst das Mißtrauen abgelegt, so wird er auch leicht die Bedenken seiner Kranken zerstreuen, die doch in seine überzeugenden und belehrenden Worte über die Bedeutung des Tuberkulins unbedingtes Vertrauen setzen. Seit Jahren erscheinen fast täglich Berichte und Abhandlungen über die Anwendung des Tuberkulins und seine Erfolge, so daß es fast überflüssig erscheint, noch einen weiteren Beitrag zu der schon geleisteten Riesenarbeit zu liefern. Gleichwohl möchte ich durch diese Zeilen auch dazu beitragen helfen, das noch bestehende Mißtrauen zu beseitigen, und allen praktischen Aerzten die Anwendung des Tuberkulins empfehlen, mit dem ich bisher nur gute Erfolge erzielt habe.

Um den gewünschten Zweck einer Tuberkulinkur zu erreichen, sind verschiedene Faktoren genau zu beobachten. Zunächst ist die Frage zu beantworten: Welche Fälle von Tuberkulose sind für eine Tuberkulinkur geeignet und welche Kranken dürfen derselben unterzogen werden? Während man früher nur Lungentuberkulose mit Tuberkulin behandelte, findet es heute fast bei allen Arten von Tuberkulose Anwendung. Nicht nur bei der Lungenschwindsucht, sondern auch in vielen Fällen von Haut-, Knochen- und Urogenitaltuberkulose hat man Tuberkulin angewandt und Heilungen bzw. Besserungen erzielt. Doch da die letzteren dem Arzte in der täglichen Praxis seltener begegnen, so kommen für ihn meist nur Lungenkranke in Frage. Während bei den äußeren und chirurgischen Tuberkulosen eine Auswahl der für eine Tuberkulinkur geeigneten Fälle selten größere Schwierigkeiten bereiten könnte, muß bei Lungentuberkulosen eine vorsichtige Auswahl getroffen werden, wenn man nicht Enttäuschungen oder gar Mißerfolge erleben will. Es bedarf wohl kaum einer besonderen Erwähnung, daß alle Fälle, bei denen durch die bekannten und wohlausgebildeten Untersuchungsmethoden eine Tuberkulose nicht unzweifelhaft festgestellt werden kann, wo also nur ein Verdacht auf Tuberkulose besteht, für eine Tuberkulinkur am geeignetsten sind. Dazu sind vor allem jene Kranken zu rechnen, die mit Klagen über Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, ständiger Mattigkeit, Magendruck oder Stechen zwischen den Schulterblättern in die Sprechstunde kommen, und die dem Arzte hauptsächlich nur durch die Blässe des Gesichtes auffallen. Die Untersuchung der Lungen ergibt meist einen normalen Befund, zuweilen hört man vereinzelte bronchitische Geräusche bei normalem Klopfeschall und sonst normalem Atmungsgeräusch. Die Kranken werden meist mit der Diagnose: hochgradige Blutarmut, leichter Luftröhrenkatarrh u. dgl. nach Erteilung entsprechender Verordnungen entlassen und über ihren Zustand vollkommen beruhigt, obgleich sie den regen Keim der Tuberkulose schon in sich tragen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß manche Kranke, die auf Bleichsucht, Bronchitis u. dgl. behandelt wurden, auf eine probatorische Tuberkulininjektion positiv reagierten und erstaunt waren, als man ihnen sagte, daß sie Tuberkulose hätten. So kam vor kurzem ein Maschinenschlosser in meine Behandlung, bei dem objektiv nur eine leichte Bronchitis festzustellen war; da er aber über Gewichtsverlust und große Müdigkeit klagte, machte ich eine Tuberkulininjektion, worauf er bei 1,3 mg Alttuberkulin positiv mit 38,2° reagierte. Deshalb ist es dringend ratsam, bei den oben genannten Klagen der Kranken auch an Tuberkulose zu denken und unter Umständen zur sicheren Feststellung einer Diagnose eine probatorische Tuberkulininjektion zu machen, namentlich dann, wenn die objektive Untersuchung einen sicheren Anhalt für

eine Anämie, Chlorose oder Magenkatarrh nicht ergeben hat. Dadurch werden zweifellos manche Fälle einer versteckt beginnenden Tuberkulose einer geeigneten Behandlung zugänglich gemacht, zu einer Zeit, wo man eine vollkommene Heilung noch mit Sicherheit erwarten darf. Ist eine Lungentuberkulose einwandfrei festgestellt, so soll eine Tuberkulinbehandlung sofort begonnen werden, wenn nicht schon größere Zerstörungen des Lungengewebes vorhanden sind. Je weniger der Krankheitsprozeß vorgeschritten ist und je früher eine Tuberkulinkur eingeleitet wird, desto größer sind die Aussichten auf Erfolg. Gleichwohl hat man sich auch bei vorgeschrittenen Stadien der Lungenschwindsucht des Mittels bedient und, wenn auch nur vorübergehend, eine Besserung sowohl des erkrankten Organes als auch des Allgemeinbefindens erzielt. Prof. H a m m e r (Heidelberg) gibt an, daß er im Laufe von fünf Jahren über 100 Patienten ambulant mit Tuberkulin behandelt habe, unter denen alle Stadien der Krankheit vertreten waren. Er hatte bei allen einen günstigen Erfolg. Immerhin ist es doch dringend ratsam, vor Beginn einer Tuberkulinkur die Kranken wiederholt gründlich zu untersuchen, damit alle jene ausgeschieden werden, bei denen wegen des vorgerückten Stadiums der Lungentuberkulose ein Erfolg unwahrscheinlich, zum wenigsten zweifelhaft erscheinen muß. Wenn auch zufällig Kranken mit großen Zerstörungen im Lungengewebe Tuberkulin vorübergehend Besserung gebracht hat, Fälle, die doch ziemlich vereinzelt bleiben, so hat man doch meist beobachtet, daß gerade diese Kranken, selbst nach scheinbarer Besserung im Anfange der Kur, bald, oft nach einigen Wochen schon ad exitum kommen, obgleich weder Temperatursteigerung noch eine Allgemeinreaktion nach Tuberkulin eingetreten war. Dagegen hat man bei Kranken mit beginnender Tuberkulose, bei denen die verschiedenen, medikamentösen, hygienischen und selbst klimatischen Kuren erfolglos waren, erstaunlicherweise mit Tuberkulin Heilungen erzielt. Kehlkopftuberkulose in Verbindung mit Lungenschwindsucht bildet keine Kontraindikation für eine Tuberkulinkur, zumal wenn der Krankheitsprozeß in beiden Organen noch nicht zu weit vorgeschritten ist. Gerade die Larynx-tuberkulose bietet insofern etwas besonders Interessantes, als man die Wirkung des Tuberkulins nicht nur in der Besserung der subjektiven Beschwerden merken, sondern den Heilungsprozeß an dem erkrankten Organe selbst mittels des Kehlkopfspiegels verfolgen kann. Von einer Tuberkulinkur auszuschließen sind alle Kranken, bei denen Komplikationen und wesentliche Erkrankungen anderer Organe nachweisbar sind. Zu diesen gehören zunächst Kranke mit Lungenbluten. Es ist erwiesen, daß nach Tuberkulineinspritzungen bestehende leichte Lungenblutungen vermehrt, und kurz vorher gestillte wieder hervor-

gerufen wurden. Einige Autoren, wie Helm, machen allerdings auch hierbei eine Ausnahme, indem sie auch zu Blutungen neigende Kranke für eine Tuberkulinkur dem Arzte empfehlen, jedoch nur dann, wenn er über eine langjährige specialistische Ausbildung auf diesem Gebiete verfügt. Da aber die meisten praktischen Aerzte das von sich nicht behaupten können, so tun sie besser, solche Kranke auszuschließen und dem Spezialisten zu überweisen. Ferner sind fiebernde Kranke so lange für eine Tuberkulinbehandlung ungeeignet, bis das Fieber zum Verschwinden gebracht ist. Dies ist wohl meist mit den bekannten Hilfsmitteln zu erreichen. Im anderen Falle kann man, wenn das Fieber nicht zu hoch ist, vorsichtig mit den Einspritzungen beginnen, weil die Erfahrung gelehrt hat, daß leicht fiebernde Kranke mit leidlichem Kräftezustand bei vorsichtiger Behandlung mit Tuberkulin ihr Fieber verloren, das mit den bekannten Antipyretica dauernd nicht zu beseitigen war. Vollkommen auszuschließen sind nach dem Urteil von Helm (im 3. Heft des 5. Jahrgangs der „Tuberkulose“) u. a. Herzleidende, Zucker- und Nierenkranke. Entgegen dieser Ansicht habe ich eine an Mitralinsuffizienz leidende Patientin wegen einer Lungentuberkulose zweiten Grades auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin mit Tuberkulin behandelt und eine Besserung der erkrankten Lunge und vor allem des Allgemeinbefindens erzielt. Zwar berechtigt dieser eine Fall noch nicht zu dem Rate, allgemein Herzkranke mit Tuberkulin zu behandeln. Doch dürften sich weitere Versuche auch bei diesen empfehlen, aber nur dann, wenn der Herzfehler Kompensationsstörungen noch nicht verursacht und die Lungentuberkulose ihr erstes Stadium noch nicht überschritten hat. Es bedarf noch einer besonderen Erwähnung, daß eine Gravidität eine Tuberkulinkur nicht ausschließt. Leider hat die Erfahrung gezeigt, daß jede Schwangerschaft eine auch noch so geringe Tuberkulose verschlimmert, oft derart, daß der Arzt vor die Notwendigkeit gestellt wird, den künstlichen Abort einzuleiten, um das Leben der Mutter zu retten. Hier spielt das Tuberkulin insofern eine besondere Rolle, als es selbst in den verhältnismäßig wenigen Fällen seiner Beobachtung als ein Mittel befunden wurde, das den sonst bei jeder Schwangerschaft fortschreitenden Krankheitsprozeß zum Stillstand gebracht, ja selbst Besserung bewirkt hat, ohne auf den Verlauf der Schwangerschaft oder auf die Frucht selbst einen nachteiligen Einfluß auszuüben. Dadurch ist der praktische Arzt manchmal der zwingenden Notwendigkeit enthoben, zur Erhaltung des mütterlichen Lebens den Abort einzuleiten, wenn er rechtzeitig mit den Tuberkulininjektionen beginnt. War vorher nur von der Tuberkulinbehandlung Erwachsener die Rede, so fragt sich noch: Wie soll sich der praktische Arzt zur Tuberkulinbehandlung der Kinder und Säuglinge stellen? Mit wenigen Ausnahmen sind die Autoren sich darüber einig, daß bei

einer therapeutischen Verwendung des Tuberkulins im Kindes- und Säuglingsalter nichts Gutes zu erwarten sei. Man habe in einigen Fällen sogar eine Verschlimmerung des Leidens und baldigen Tod beobachtet, der ohne Anwendung des Mittels wohl so schnell nicht eingetreten wäre. Wenn auch Schloßmann - Düsseldorf und wenige andere eine ausgedehntere Verwendung des Tuberkulins zur Heilung der Kindertuberkulose empfohlen haben, so ist es für den praktischen Arzt doch ratsamer, hier so lange Enthaltksamkeit zu üben, bis man auch beim Kinde bessere und einwandfreiere Erfahrungen mit Tuberkulin gemacht hat. Daran darf selbst die Tatsache nichts ändern, daß die Heilung der Tuberkulose in den ersten Lebensjahren so gut wie ausgeschlossen ist. In diagnostischer Hinsicht spielt das Tuberkulin beim Kinde eine viel hervorragendere Rolle als beim Erwachsenen, weil es hier unter Umständen das einzige Mittel ist, um mit Sicherheit eine Tuberkulose festzustellen. Darum findet das Tuberkulin zur Feststellung einer sicheren Diagnose hier weitgehende Verwendung. Somit dürfte auch für den Anfänger eine richtige Auswahl der für eine Tuberkulinkur geeigneten Fälle kaum große Schwierigkeiten bieten, da es unter der großen Zahl von Lungentuberkulosen nur geringe Ausnahmen gibt, denen das Tuberkulin auch nichts mehr helfen kann; und diese wird der Praktiker recht bald richtig auszuscheiden wissen. Ist nun die richtige Auswahl der geeigneten Fälle getroffen, dann ist noch die Frage zu beantworten: Welches Tuberkulin ist das beste für den praktischen Arzt? Bei der Menge der vorhandenen Tuberkuline und der Verschiedenheit ihrer Anwendungsweise erscheint die Beantwortung dieser Frage weit schwieriger als die erste. Und doch ist sie nicht von so ausschlaggebender Bedeutung, weil man alle Tuberkuline in der Praxis angewandt und mehr oder minder gute Erfolge damit gezeitigt hat. Für den praktischen Arzt kommt es lediglich darauf an, ein Präparat zu besitzen, dessen sichere und unschädliche Wirkung ihm garantiert ist und das leicht für seine Zwecke zu bereiten ist. Von allen im Handel befindlichen Präparaten erfüllt vor allem das Koch'sche Tuberkulin diese Bedingungen. Ich meine natürlich seine Verwendung zu therapeutischen, nicht zu diagnostischen Zwecken. Die Verwendung zu diagnostischen Zwecken, die nebenbei bemerkt, von manchen als schädlich und ungerechtfertigt verworfen wird, ist verschieden modifiziert worden. Ich will nur an die von Wolff-Eisner und später von Calmette eingeführte Ophthalmoreaktion erinnern, die darin besteht, daß man Tuberkuloseverdächtigen einen Tropfen einer 1%igen Tuberkulinlösung in den Bindehautsack träufelt, wodurch als Zeichen einer positiven Reaktion eine mehr oder weniger starke Conjunctivitis erzeugt wird; ferner an die von Pirquet angegebene Hautreaktion, die vor allem zur sicheren

Feststellung einer Tuberkulose bei Kindern eine ausgedehnte Verwendung gefunden hat und darin besteht, daß man auf eine am Unterarm mit einer Impflanzette oder mit dem vom Verfasser angegebenen Impfböhrer aufgeritzten Stelle der Epidermis einen Tropfen Tuberkulin etwa fünf Minuten einwirken läßt, wodurch bei Vorhandensein einer Tuberkulose an der geimpften Stelle eine kleine Papel entsteht. Es bleibt Sache des einzelnen, welcher Methode er sich zu diagnostischen Zwecken bedienen will. Zu Heilzwecken möchte ich das von Koch angegebene Alttuberkulin empfehlen, das neben dem Vorzug der Billigkeit den der bequemen Anwendung hat. Der Vollständigkeit halber sei auch noch das B e r a n e c k'sche Tuberkulin erwähnt, das von der Fabrikationsstelle in fertigen Lösungen abgegeben wird, so daß eine Verdünnung seitens des Arztes nicht mehr vorgenommen zu werden braucht. Für die Allgemein- und besonders für die Kassenpraxis ist es nicht verwendbar, weil es zu teuer ist.

(Schluß folgt.)

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1912 Nr. 13.)

Basedow-Symptome bei Lungentuberkulose. Von Dr. H e d - w i g v. B r a n d e n s t e i n (Aus der Hamburger Heilstätte in Geesthacht). Der Schluß der Arbeit lautet: „Fassen wir das Ergebnis unserer genauen Untersuchung von 100 tuberkulösen Lungenkranken zumal in Zusammenhang mit den damit übereinstimmenden langjährigen Beobachtungen an dem großen Krankenhausmaterial unserer Heilstätte zusammen, so werden wir zu dem Schluß gedrängt, daß das häufige Vorkommen von Basedow-Symptomen bei Lungenkranken nichts Zufälliges sein kann, wie man bisher annahm. Die naheliegende Möglichkeit, daß nicht die Toxinwirkung der tuberkulösen Infektion die Basedow-Symptome bewirkt, sondern umgekehrt der Morbus Basedowii die tuberkulöse Infektion bzw. das „Aktivwerden“ einer latenten Erkrankung begünstigt, wird durch den ganzen Verlauf gerade unserer Fälle unwahrscheinlich gemacht. Ueberblickt man diese Fälle, so wird man ohne weiteres zugeben, daß die Lungentuberkulose im allgemeinen im Vordergrund der Krankheitsbilder steht und von ihrem Verlauf Besserung und Verschlechterung der Basedow - Symptome abhängig ist, unbeschadet der mehrfach erwähnten Tatsache, daß in den Anfangsstadien der Lungentuberkulose oft Zeiten vorkommen, in denen die Symptome eines unvollkommenen Morbus Basedowii vorübergehend das Krankheitsbild beherrschen, ferner ist bereits erwähnt, daß die Basedow-Symptome mit dem Fortschreiten der Tuberkulose — ebenso wie bei ihrem Rückgang — allmählich wieder abnehmen. Bei schweren Fällen von Tuberkulose überdauert die Tuberkulose meist die Basedow-Symptome; bei leichten Fällen verschwanden diese

mit der Tuberkulose. Auf eine dritte Möglichkeit, daß nämlich die Tuberkulose ausheilt und die Basedow-Symptome bleiben, komme ich zum Schluß noch einmal zurück. Gewiß kann man annehmen, daß besonders das Gefäß- und Nervensystem unmittelbar durch die Toxine der Tuberkulose geschädigt werden. Unerklärt bleibt dann aber doch das zweifellos häufige Vorkommen einer Struma in den ersten Stadien der Tuberkulose und auffallend wieder dabei die Uebereinstimmung der durch das Tuberkulose toxin und der durch das Thyreoiditistoxin gesetzten Schädigungen. Nun ist es ja bekannt, daß häufig nach anderen Infektionen (Diphtherie, Lues usw.) Thyreoiditis und Morbus Basedowii vorkommt. Es liegt kein Grund vor gegen die Annahme, daß auch die tuberkulöse Infektion Veranlassung zu einer Thyreoiditis mit ihren Folgen geben könnte. Dadurch würde der größte Teil der von der tuberkulösen Infektion scheinbar ganz unabhängigen Symptome (Herz, Nerven usw.) zu Beginn der Tuberkulose zwanglos erklärt. Die Tatsache, daß eben doch in einer großen Zahl von Fällen die Struma fehlt, kann nicht gegen unsere Auffassung sprechen. Es haben ja auch nicht alle Fälle von Lungentuberkulose die Symptome des Morbus Basedowii, und unsere Untersuchungen lehren uns, daß die „Basedowschen“ Symptome besonders häufig gleichzeitig mit Strumen auftreten. Endlich beweist aber auch das Fehlen einer palpablen Struma noch nichts gegen das Bestehen einer zirkumskripten Thyreoiditis. Operation und Sektion lehren vielmehr, daß eine solche wohl — wenn auch selten — ohne Struma vorkommen kann, ganz abgesehen davon, daß eine Thyreoiditis sich auch im dritten Lappen der Thyreoidea mit großer Struma abspielen kann, der sich durch seine Lage hinter dem Sternum jedem äußeren Nachweis selbstverständlich ohne weiteres entzieht. Zwei Fragen bleiben bei dieser Auffassung der Dinge unbeantwortet. Einmal die Frage, ob die Thyreoiditis durch Toxinwirkung oder unmittelbar durch den Tuberkelbazillus entsteht. Diese Frage kann, wenn überhaupt, nur durch umfangreiche mikroskopische Untersuchungen gelöst werden, zu denen man bei der Beschaffenheit der in Frage kommenden Fälle nur selten Gelegenheit haben wird. Wir haben keine solche Untersuchung ausgeführt. Ebenso können wir natürlich keine Auskunft darüber geben, warum der eine Fall von Lungentuberkulose ganz ohne Beteiligung der Thyreoidea verläuft, warum in anderen die Folgeerscheinungen der Thyreoiditis gering sind und rasch verschwinden, warum sie endlich in einem dritten Fall zeitweise im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen. Wir können uns auch in dieser Frage nur mit dem umfassenden und doch im Grunde nichtsagenden Begriff der „Disposition“ helfen. Es scheint uns, als ob psychisch und nervös belastete Kranke besonders zu einer Beteiligung

der Thyreoidea im Verlaufe der Lungentuberkulose neigen. Mit zunehmender Dauer des Bestehens einer Lungentuberkulose treten die „basedoiden“ Erscheinungen meist in den Hintergrund. Nach unserer Auffassung erklärt sich diese Tatsache zwanglos durch die zunehmende — toxische und auch bakterielle — Immunität des an Tuberkulose erkrankten Organismus, für die ja auch sonst mancherlei Zeichen vorliegen. Wir teilen durchaus die Auffassung der Behring'schen Schule, daß der Verlauf einer chronischen Tuberkulose, die Bildung großer Kavernen bei verhältnismäßig gutem Allgemeinbefinden, die jahrelange Beherbergung unglaublicher Mengen höchst virulenter Tuberkelbazillen im Körper nur durch die Annahme einer recht weitgehenden Immunisierung eines mit Tuberkulose infizierten Körpers gegen die Tuberkelbazillen erklärt werden kann, ähnlich wie auch das tertiäre Stadium der Lues nur unter solcher Voraussetzung zu verstehen ist. Daher bilden sich im Verlaufe der Tuberkulose alle toxischen und auch bakteriellen Schädigungen mehr oder weniger deutlich zurück, soweit sie nicht schon schwere Veränderungen in den betreffenden Organen gesetzt haben. Das ist aber bei der Thyreoidea offenbar meist nicht der Fall. Man beobachtet beim Verlauf der Lungentuberkulose ja auch sonst, daß im (zeitlich) ersten Stadium gerade bei geringem Lungenbefund die toxischen Allgemeinerscheinungen im Vordergrund stehen, während diese im (zeitlich) zweiten Stadium allmählich abklingen — trotz fortschreitenden Lungenbefundes — und den eigentlich pulmonalen Störungen (Husten, Auswurf, pulmonale Kurzluftigkeit) Platz machen, während das (zeitlich) dritte Stadium schließlich mehr unter dem Bilde der wechselnden Mischinfektion verläuft, die auch in den meisten Fällen schließlich den Tod herbeiführt. In dieses Verlaufsschema der Lungentuberkulose paßt das Einsetzen und Abklingen der Basedowsymptome durchaus hinein. Endlich soll zum Schluß noch einer Ueberlegung Raum gegeben werden, die sich uns bei unseren Untersuchungen wiederholt aufgedrängt hat. Es wäre wohl denkbar, daß ein großer Teil der ätiologisch unklaren Fälle von ausgesprochenem Morbus Basedowii in einer solchen Verbindung mit der Tuberkulose ihre Erklärung fände. Man könnte sich vorstellen, daß die tuberkulöse Infektion zunächst durch Erregung einer Thyreoiditis das Bild des Morbus Basedowii hervorriefe, dann aber selbst mehr oder weniger vollständig ausheilte, während die von ihr gesetzte Schädigung fortbestände und allmählich ausschließlich das Krankheitsbild beherrscht. Etwa wie eine postinfektiöse Nephritis. Das Blutbild, das für Morbus Basedowii charakteristisch sein soll, aber auch bei den meisten Tuberkulösen im Stadium I und II vorkommt, wäre dann nur der Ausdruck dafür, daß der Körper mit einer chronischen, noch nicht abgeklungenen Infektion — in diesem Falle mit

der tuberkulösen — im Kampfe liegt. Auf diese Frage kann natürlich unsere Arbeit keine Antwort geben. Nur die planmäßige Beobachtung der Sektionsbefunde und die genaue Aufnahme der Anamnese bei einer großen Zahl von ausgesprochenen Fällen von Morbus Basedowii können in dieser Richtung Aufklärung bringen. Vielleicht kommen wir noch dazu, den Morbus Basedowii überhaupt als Folgeerscheinung irgend welcher chronischen oder akuten Infektionskrankheit anzusehen. (Berl. klin. Wochenschr. 1912 Nr. 39.)

Vermischtes.

Zur Behandlung von Hautnarben. Von Dr. Thilo (Riga).
Verfasser fühlt sich veranlaßt, ein Heilverfahren zu beschreiben, das leicht auszuführen ist und ihm seit vielen Jahren vortreffliche Dienste geleistet hat. Den Gang der Behandlung sollen folgende Fälle erläutern: Fall 1. Lisa A., sieben Jahre alt, wurde August 1886 in das Rigaer Stadtkrankenhaus aufgenommen. Laut Protokoll des Krankenhauses hatte sie im vierten Lebensjahre eine schwere Verbrennung erlitten, deren Narben von der linken Achselhöhle bis zur linken Kniekehle reichten. Bei der Aufnahme bestand noch eine Wunde in der linken Schenkelbeuge von Talergröße. Das ganze linke Bein war vollständig zusammengezogen, so daß der Oberschenkel dem Unterleibe anlag. Ausstrecken konnte man das Bein nicht, da Hüftgelenk und Kniegelenk nur wenig beweglich waren. Es bestand ein paralytischer Klumpfuß, und alle Muskeln des Beines waren hochgradig geschrumpft. Im Krankenhause wurde durch operative Eingriffe und permanente Extension mit Gewichten das Bein gestreckt. Aber als man die Extension einstellte, zog sich das Bein infolge der Narbenschrumpfungen wieder zusammen, und die Kranke blieb vollständig bettlägerig. Im Oktober 1886 kam Lisa A. in Verfassers Behandlung. Verfasser legte quer über die Narben des Hüftgelenks Heftpflasterstreifen von Daumenbreite und bedeckte das Heftpflaster mit einer mehrfachen Schicht Watte. Hierüber zog er eine Schwimmhose, die bis zur Achselhöhle reichte. Zweimal täglich wurde die Watte entfernt und auf der Schwimmhose massiert. Außerdem wandte Verfasser passive Bewegungen an und einige Stunden am Tage Extension mit Gewichten. Es gelang in einigen Wochen, das Bein so weit zu strecken, daß Verfasser seine Schiene anlegen konnte. Jetzt konnte die Kranke auch sitzend die Uebungen ausführen und ging anfangs auf Krücken gestützt, hierauf mit den Schienen, schließlich sogar kürzere Strecken ohne Schienen. Die Narben waren so sehr geschwunden, daß die Stellung des Beines auch ohne Extension normal blieb. Nach 20 Jahren sah Verfasser die Kranke wieder: die

Narben waren vollständig weich und zogen das Bein nicht mehr zusammen. Wegen allgemeiner Schwäche des Beines trug die Kranke eine Schiene, die bloß bis zur Hüftbeuge reichte und sich gegen den Sitzknorren stützte. — Fall 2. Trautchen L., fünf Jahre alt, kam Juni 1908 in Behandlung. Tiefe Brandnarben bedeckten die ganze linke Hälfte des Brustkorbes und die innere Seite des Oberarms. Hierdurch war das ganze linke Schultergelenk unbeweglich. Ein entsetzliches Jucken störte im höchsten Grade die Nachtruhe. Verfasser legte quer über die Narben des Brustkorbes und Oberarmes Heftpflasterstreifen von etwa 4 cm Breite. In die Achselhöhle schob er einen Wattebausch, der mit Zinksalbe bestrichen war. Hierüber zog er ein Trikotmieder, das entsprechend den Narben mit mehrfachen Lagen von Watte gepolstert war. Die Polster wurden zweimal täglich entfernt und hierauf wurde auf dem Mieder massiert. Nach einigen Wochen konnte T. den Arm erheben, ja sogar an Ringen hängen und sich schwingen. Das Hautjucken hatte fast ganz aufgehört. Jetzt begann Verfasser die Haut durch Massieren mit Sand und Oel abzu härten. An Stelle des Heftpflasters legte er Barchent mit Zinksalbe auf die Narben, hierauf Papier und Wattepolster. Diese wurden zur Massage zweimal täglich entfernt. Einmal täglich massierte Verfasser mit Sand und Provenceröl, einmal täglich mit Oel allein. Nach einigen Wochen wurden alle Narben so vollständig weich, daß sie gar nicht mehr störten. In diesem Zustande haben sie sich bis auf den heutigen Tag erhalten.

Die Glanzhaut und Narben nach Unfallverletzungen behandelt Verfasser gleichfalls mit Packungen von Heftpflaster oder Salben und Watte, nebst Massage. In seiner Abteilung für Unfallkranke gelingt es oft schon in einigen Wochen, tiefe Hautnarben auf diese Art weich und beweglich zu machen, die fest an den Knochen der Hände und Füße haften. Hierauf härtet sie Verfasser durch Massieren mit Sand und Oel ab. Besonders wichtig ist dieses für die Narben der Fingerspitzen; denn empfindliche Fingerspitzen stören im höchsten Grade die Arbeitsfähigkeit. Gegen die Verwendung des Heftpflasters bei Narben könnte man vielleicht einwenden, daß die Hautnarben vieler Menschen kein Heftpflaster vertragen. In diesen Fällen legt Verfasser das Pflaster nicht unmittelbar auf die Narbe, sondern er bedeckt sie vorher mit einem schmalen Streifen weicher Marli. Auf diesen legt er ein Stück Heftpflaster, das bedeutend größer ist als der Streifen. Hierüber zieht er eine Trikothülle, die mit Watte gepolstert ist. Massiert wird auf der Hülle nach Entfernung der Watte. Wird auch so das Heftpflaster nicht vertragen, dann verwendet Verfasser statt des Pflasters Barchent mit Zink- oder Bleisalbe. Durchaus muß man bei der Anwendung von Salben Barchent oder Flanell benutzen. Leinwand

trocknet zu schnell, da die Salbe „durchschlägt“. Die Verwendung von Salbe ist allerdings viel umständlicher und kostspieliger, als die Benutzung von Heftpflaster. Ein Streifen Heftpflaster kann oft eine Woche liegen. Man entfernt ihn dann mit Benzin und ersetzt ihn durch einen frischen. Salbenlappen hingegen sind jeden Tag zu erneuern. Beim Heftpflaster sehe man darauf, daß es nicht allzu klebrig ist, denn das Ablösen des Pflasters und das Reinigen mit Benzin bereitet dann Schwierigkeiten. Auch ist ein Pflaster zu wählen, das einen möglichst dünnen, weichen Zeugstoff hat. Es legt sich dann besser an. Große Stücke Heftpflaster sind ungeeignet, da sie Falten bilden. Verfasser verwendet meistens Streifen von 3—5 cm Breite, die er vorrätig hält. Leukoplast ist schwer abzulösen. Es eignet sich daher für die Behandlung nicht, so ausgezeichnet es für viele andere Zwecke ist.

Warme Bäder werden ganz allgemein gegen die narbige Glanzhaut der Hände oder Füße angewandt. Verfasser benutzt sie nur zur Reinigung, nicht aber als Dauerbäder, um tiefe Narben weich und beweglich zu machen. Hiezu ist ihre Wärmewirkung ganz ungenügend. Selbst wenn sie über eine Stunde täglich vertragen werden, ist doch ihre lösende Wirkung geringer, als bei den Packungen mit Heftpflaster oder Salben und Watte; denn diese kann man wochenlang Tag und Nacht liegen lassen. Infolgedessen bewirken sie auch mit großer Sicherheit das Einschmelzen des Narbengewebes. Außerdem schädigen sie die Haut gar nicht, während heiße Bäder häufig die zarte, dünne Oberhaut der Narben aufblähen und ablösen. Es entstehen dann Ekzeme, die durchaus eine trockene Behandlung erfordern. Noch weniger eignen sich warme Bäder für jene geschwollenen Füße, die mit einer narbigen Glanzhaut überzogen sind. Hier wendet Verfasser stets seine Druckverbände mit Filz an, außerdem Massage und Bewegungen der hochgelagerten Füße. Bei dieser Behandlung sah er oft selbst sehr ausgedehnte Schwellungen und Entzündungen der Haut schnell schwinden, ja er hatte hiemit sogar einen schönen Erfolg beim Erysipel.

Bei einer Dame von 50 Jahren hatte sich in 24 Stunden ein sehr schmerzhaftes Erysipel gebildet, das den größten Teil des linken Unterschenkels einnahm und von Erbrechen und Fieber begleitet war. Verfasser lagerte beide Beine so auf einen großen Heusack, daß Oberschenkel und Unterschenkel einen rechten Winkel bildeten. Den Unterschenkel massierte er zunächst ganz leicht mit Watte und Provenceröl, dann bedeckte er die geröteten Stellen mit Barchent, auf welchen Zinksalbe gestrichen war. Hierauf legte er zu jeder Seite des Unterschenkels ein breites Stück Filz, das von der Sohle bis zum Knie reichte. Zwischen beiden Stücken ließ er an der Wade und vorn am Schienbein einen Zwischenraum von etwa 3 cm, um

den Rückstrom des Blutes zu ermöglichen. Mit weichen Marlibinden umwickelte er dann fest das Fußgelenk und den Unterschenkel. Mehrmals täglich ließ er in liegender Stellung den Fuß und das ganze Bein passiv bewegen. Einmal täglich entfernte er auf kurze Zeit den Verband und massierte dann leicht mit Watte und Provenceröl. In vier Tagen schwanden Schmerz und Schwellung so vollständig, daß die Kranke in Verfasser's Anstalt gehen konnte, um dort Massage und Uebungen an Apparaten fortzusetzen. Bald ging Verfasser zu vorsichtigen Abreibungen mit Sand über und stellte die Kranke vollständig her. — Aehnliche Erfolge hat Verfasser mehrfach erreicht, so z. B. bei einem Erysipel, von dem sein eigener Arm vor zwei Jahren heimgesucht wurde.

Das Massieren mit Sand und Oel wird vielleicht manchen nachdenklich machen. Er wird vielleicht meinen, daß beim Reiben mit Sand und Oel Verletzungen der zarten Narbenhaut unvermeidlich sind. Allerdings ist auch Vorsicht hiebei sehr vonnöten, und daher läßt Verfasser die ersten Male die zartesten Teile der Narbe unberührt, er massiert nur ihre nächste Umgebung. Ganz auffallend ist es, wie wohl sich die Kranken unmittelbar nach der Massage fühlen. Das Jucken und die Spannungen haben aufgehört, bald läßt auch die Empfindlichkeit nach. Die Oberhaut wird widerstandsfähiger, so daß man allmählich auch auf die zarteren Stellen der Narbe übergehen kann. Schließlich verwendet Verfasser statt Oel Wasser. Er läßt dann die Kranken mit eigener Hand reiben und nachher die Narben mit verdünntem Glyzerin bestreichen (1 Glyzerin, 2 Wasser). Vor den Abreibungen mit Sand läßt Verfasser die Hände und Füße einige Minuten in Wasser von etwa 10° C. halten. Der Sand wird nicht mit Wasser abgewaschen, sondern trocken abgerieben. Diese Abreibungen mit Sand und Oel oder Wasser verwendet Verfasser auch gegen „kalte Füße“. Oft ist jedoch erforderlich, die Füße zuerst „vorzuwärmen“. Hiezu hält man sie einige Minuten in Wasser von 30—35° C., dann einige Minuten in Wasser von 10° C., und hierauf reibt man sie mit Sand ab, etwa 5—6 Minuten und länger. — Narben, die am Knochen haften, massiert Verfasser folgendermaßen: Er zieht eine Trikothülle über die Narben und über das Heftpflaster. Dann drückt er die Hülle mit dem 2., 3., 4. Finger gegen die Narben. Den Daumen benutzt er hiebei meistens nicht. Wenn man die drei mittleren Finger oder einen von ihnen benutzt, kann man sehr bequem mit dem ganzen Arme „aus der Schulter massieren“, wie die Engländer sich ausdrücken. Mit dem Daumen geht das nur sehr schwer und ermüdet leicht. Beim Massieren drückt Verfasser die Trikothülle gegen die Narbe und macht dann kleine kreisförmige Bewegungen, um die Haut auf dem Knochen zu verschieben. Hiebei hüte man sich, mit dem Trikot auf

der Narbe hin und her zu fahren. Darunter könnte die Oberhaut leiden.

Die Grundregeln der Behandlung sind also:

1. Einschmelzen der Narben durch wochenlang liegende feucht-warme Einpackungen und Massage.

2. Die feuchte Wärme erzielt man nicht durch Kompressen mit Wasser, sondern durch Packungen mit Heftpflaster und Watte. Unter dem Pflaster erhält sich die Haut stets feucht. Wird Heftpflaster nicht vertragen, so verwendet man Salbenlappen, Papier und Wattlepolster.

3. Die Dehnung und das Loslösen der Narben vom Knochen bewirkt man durch Heftpflasterzüge, Schienen, passive und aktive Bewegungen und durch Massage.

4. Die Massage wird anfangs auf eine Triothülle ausgeführt, die man über das Heftpflaster zieht, dann mit Provenceröl oder Reispuder auf der Narbe selbst.

5. Das Glätten und Abhärten der Narben erreicht man durch Massieren und Abreiben mit einem zusammengeknitterten trockenen Stück Leinwand, schließlich durch Massieren mit Sand und Oel. Das Oel wird mit Benzin entfernt. Hierauf bestreicht man die Hautnarben mit 1 Teil Glyzerin, 2 Teilen Wasser.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 4.)

Erfahrungen über das Kollargol auf Grund 15jähriger Anwendung. Von Dr. F e h d e (Berlin). In erster Linie wandte Verfasser die intravenöse Kollargolinjektion in den von C r e d é als besonders geeignet bezeichneten Fällen von puerperaler Sepsis an. Wenn auch gerade bei diesen schon an und für sich durch hohes Fieber gepeinigten kranken Frauen weitere Temperatursteigerungen mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Darmstörungen zunächst sehr unerwünscht waren und sind, so hatte Verfasser doch immer die Freude, nach Ablauf der Reaktion ein Schwinden fast sämtlicher Beschwerden unter einem tüchtigen Schweißausbruche zu sehen, dem meistens ein wohltätiger Schlaf folgte. Da Verfasser auf den Eintritt der Reaktion stets vorbereitet war und ihn fast als selbstverständlich auffaßte, ist er sogar häufig so weit gegangen, daß er bei Fiebern unbekannter Herkunft sie einfach durch eine intravenöse Kollargolinjektion hervorgerufen hat, um zunächst den Krankheitsherd etwas „locker“ zu machen. So erinnert er sich besonders eines Falles im Wochenbette, der von zwei Autoritäten als Milzgeschwulst angesprochen und behandelt wurde, bei dem Verfasser aber wegen der fortgesetzten Temperaturerhöhung den Verdacht auf einen Eiterherd hatte. Er spritzte der Patientin gegen 12 Uhr mittags 0,2 Kollargol ein, während ihre Körpertemperatur 38° betrug;

um 4 Uhr wurde er dringend zu ihr geufen, sie hatte eine Temperatur von $41,5^{\circ}$ und kämpfte, im Bette sitzend, um Luft, so daß Verfasser selbst über die so unerwünschte Steigerung der Wirkung erschrocken war. Innerhalb einer Stunde brachte er durch kalte Waschungen und Umschläge die Temperatur auf 38° herab; es folgte ein intensiver Schweißausbruch und — nach vier Wochen — zum ersten Male leidlicher Schlaf. Am anderen Tage wurden durch den Darm zirka 2 l Eiter entleert; die später dann eingeleitete Operation ergab einen sehr ausgedehnten Nierenabszeß. Verfasser selbst hatte bei Gelegenheit einer schweren, hartnäckigen Mandelentzündung, die nicht weichen wollte, Gelegenheit, die Reaktion nach intravenöser, selbst von ihm ausgeführter Einspritzung gründlichst kennen zu lernen. Mittags gegen $1\frac{1}{2}$ Uhr spritzte er sich 5 ccm einer 5%igen Lösung ein. Gegen $1\frac{1}{2}$ Uhr hatte er bereits unter schwersten Schüttelfrösten eine Temperatur weit über 39° , so daß er überhaupt nicht mehr messen konnte; er kann aber immerhin nahe an 40° gehabt haben. Als unangenehmste Folge bekam er unstillbares Erbrechen von fast reiner Salzsäure, so daß er sich natürlich an dem Tag in der weiteren Praxis vertreten lassen mußte. Am nächsten Tage war er wieder gesund. Gerade die Kenntnis aller dieser Reaktionserscheinungen am eigenen Körper hatte es Verfasser erleichtert, seine Patienten in den betreffenden Fällen auf das, was sie zu erwarten hatten, aufmerksam zu machen, und er hat es niemals erlebt, daß ihm jemand die anfängliche Steigerung der Beschwerden übel genommen hätte, zumal fast regelmäßig der Erfolg einsetzte, sobald Verfasser sachgemäß und vor allem mit der nötigen Ausdauer behandelte. Will man aber unter allen Umständen diese heftige Reaktion vermeiden, so tut man am besten, die erste Injektion mit möglichst kleiner Dosis, etwa 0,05 Kollargol, vorzunehmen und allmählich bis auf 0,2 bis 0,25 zu steigern. Denn es ist so gut wie ausgeschlossen, daß eine einmalige Einspritzung bei einer schweren Sepsis die Rettung herbeiführen kann. Verfasser hat bei den ganz aussichtslosen Fällen immer noch Erfolge erlebt, wenn er täglich dreimal eingespritzt hat, und gerade der Umstand, daß eine einmalige Einspritzung zunächst nur die unangenehmen Folgen der Reaktion zeitigt, ohne daß man stets einen sofort sichtbaren Nutzeffekt bekommt, hat es ja verhindert, daß sich das Kollargol den ihm gebührenden Platz im Arzneischatze, besonders der Gynäkologen, bisher erworben hat. Des weiteren hat Verfasser es nach den Vorschriften Credé's stets bei allen künstlichen Entbindungen prophylaktisch angewandt. Es ist ganz unmöglich, daß eine Entbindung in der Privatwohnung so aseptisch verlaufen kann, wie in einer Klinik mit der reichlichen Assistenz und allen Vorbereitungsmöglichkeiten. Bei schweren Quetschungen mittels der Zange, bei Dammrissen und seitlichen Inzi-

sionen, besonders aber bei den künstlichen Plazentarlösungen war Verfasser immer glücklich, ein Mittel anwenden zu können, mit dem er, er kann wohl sagen, absolut sicher, den Eintritt von Fieber vermeiden konnte. So hat er in den heißesten fünf Wochen des Jahres 1911 neun recht schwere Entbindungen mit größeren Verletzungen der Weichteile, darunter zweimal manuelle Plazentarlösung unter profuser Blutung erlebt, ohne daß auch nur an einem Tage des Wochenbettes bei einer der Entbundenen eine Temperaturerhöhung zu konstatieren gewesen wäre, während er jeden zweiten Tag 0,1 bis 0,15 Kollargol injizierte. Verfasser glaubt, daß die intravenöse Kollargolanwendung als Prophylaktikum gegen das Wochenbettfieber allein schon verdiente, von allen denen angewandt zu werden, die sich mit der Geburtshilfe beschäftigen. Die Nutzenanwendung, die Verfasser aus seinen Erfahrungen in dieser Beziehung gezogen hat, ist also die: in erster Linie prophylaktisch und in zweiter Linie, wenn Fieber eintritt, sofort in genügenden Dosen recht oft wiederholt und nicht zu spät; dann werden die Mißerfolge sich sicher bis auf einen ganz kleinen Rest vermeiden lassen. Verfasser verwendet nur die feinsten existierenden Injektionsnadeln und spritzt tropfenweise mit kürzeren Pausen, um eine gründliche Mischung des Kollargols mit dem Blute zu erreichen. Während die konzentriertere 5%ige Lösung den Gebrauch einer kleineren Spritze etwa zu 2 ccm gestattet, verringert eine verdünntere etwa 2%ige Lösung, mit einer 5 ccm-Spritze eingespritzt, die Gefahr einer mechanischen Gefäßverstopfung. Die Injektion wird so vorgenommen, daß man einen Gummischlauch um den Oberarm derart herumlegt, daß der Patient die beiden Enden leicht angezogen hält. Nach Reinigung der Ellbogenpartie mit Aether — Jodtinktur verdeckt die Venen — umfaßt Verfasser mit der linken Hand den Unterarm so, daß der Daumen in der Richtung der Vene liegend einen Gegenzug ausübt, entgegengesetzt der Stichrichtung. Auf diese Art wird die leichte Verschiebung der Haut über der Vene und ein Vorbeidringen an derselben vermieden. Besonders warnt Verfasser vor dem Versuche, durch etwa zwei Finger, die seitlich der Vene liegen, diese fixieren zu wollen, da man mit der größten Wahrscheinlichkeit infolge der leichten Verschiebung der Haut die Vene verfehlen wird. Selbstverständlich gehört auch zu diesem kleinen Eingriff eine gewisse persönliche Geschicklichkeit, die sich aber jeder Arzt bei einigem guten Willen erwerben kann; er muß es nur entweder an sich selbst probieren oder wenigstens die ruhige, stetige Druckwirkung des Daumens auf den Spritzenstempel in der freien Zeit sich einüben, wie man ja auch beim Schießen das Abziehen des Hahnes üben muß, ohne dabei den ganzen Körper zu Hilfe zu nehmen. Nach einiger Uebung hat man es sofort im Gefühl, wenn man in das Innere der Vene eingedrungen ist; man merkt aber

sofort an dem Schmerzausdrucke des Patienten, wenn auch nur ein Bruchteil eines Tropfens neben der Vene in das Unterhautzellgewebe gekommen ist. Sowie eine solche Schmerzäußerung stattgefunden hat, zieht man natürlich sofort die Nadel zurück und sticht an einer anderen Stelle ein. Ist ein etwas größeres Quantum aus der Spritze entleert, macht man den Versuch, sogleich möglich viel zurückzusaugen. Als empfehlenswerte Spritze kennt Verfasser eigentlich nur die Regentspritze, da sie vollständig zerlegbar, durch Kochen aseptisch gehalten werden kann. Verfasser kocht sie, vor Gebrauch in ihre Teile zerlegt, in destilliertem Wasser aus, da bei Sodazusatz kleine Mengen desselben an der gerauhten Innenseite des Zylinders haften bleiben und, abgesehen von der Verunreinigung des Kollargols, ein leichtes Verschieben des Spritzenkolbens verhindern können. Bei hartem Wasser macht der Zusatz von Kali- oder Natronlauge die Sache nicht anders, da sich Kalkniederschläge bilden. Bei Mangel an destilliertem Wasser müssen nach Aufkochen des Wassers mit Soda oder Lauge die Niederschläge abfiltriert werden. Erkrankungen, bei denen die Kollargolinjektionen besonders indiziert sind, außer den gynäkologischen Fällen, sind Typhus, Angina, sämtliche rheumatischen Erkrankungen (Peliosis, Erythema nodosum) und ganz besonders die Endokarditis, die ja leider besonders bei Kindern als Nebenerkrankung bei den Rheumatismen oder im Anschluß an Angina so überaus häufig ist. Sehr günstige Beeinflussung des Fiebers hat Verfasser auch bei Mischinfektionen der Tuberkulose wiederholt beobachtet, wenn er in täglichem Wechsel Kollargol und Hetol intravenös verabreichte. Die meistgeübte Anwendung des Kollargols, die aber lange nicht in ihrer Wirkung der intravenösen vergleichbar ist, ist die Applikation durch das Klystier. Wenn der Nutzeffekt von anderen und auch vom Verfasser hierbei beobachtet wurde, so ist doch die Aufnahme des Medikamentes durch den Darm schwer zu kontrollieren. Bei Unsichtbarkeit der Venen ist dies Verfahren aber noch am meisten zu empfehlen. Drittens kann man nun das Kollargol auch innerlich als Medikament eß- oder teelöffelweise nehmen. Eine sehr bequeme Lösung haben wir ja in der letzten Zeit durch das Jalon von Dietrich-Helfenberg erhalten. Das Anwendungsgebiet für den inneren Gebrauch ist ja auch noch groß genug. Verfasser gibt es immer bei den Infektionskrankheiten Masern, Scharlach, Mandelentzündung, Diphtherie (hier selbstverständlich neben der Seruminjektion), und hat immer das Gefühl gehabt, daß die Nebenkrankheiten bei Masern und Scharlach, Mittelohrentzündung und Nierenerkrankung, ausblieben oder wenigstens milder verliefen. Verfasser kann sich, seit er das Kollargol ständig hierbei anwendet, nur an zwei Todesfälle bei Scharlach erinnern. Ob es desinfizierend wirkt, weiß man nicht,

jedenfalls haftet es an der Schleimhaut der Zunge, der Mandeln und des Gaumens und färbt diese gelbbraun. Außer bei nur sehr wenigen Versuchen hat Verfasser das Kollargol in Salbenform als Ung. Cr  d   nicht angewandt, da ihm die anderen Applikationsmethoden geläufiger waren. Ob nicht viel Mißerfolge oder, genauer gesagt, das Ausbleiben von Erfolgen bei der Anwendung des Silbers auf minderwertige Präparate zurückzuführen sind, wie Arg. coll., weiß Verfasser zwar nicht, muß es aber nach seinen Erfahrungen fast vermuten, denn er hat grundsätzlich nur das Originalpräparat Kollargol stets verwandt. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 48.)

Bücherschau.

B  rner's Reichs - Medizinal - Kalender. Herausgegeben von Prof. J. S c h w a l b e (Leipzig, G. Thieme). Pünktlich vor Jahres-schluß ist der II. Teil erschienen. Er enthält: Medizinal-Gesetzgebung, inkl. die Entscheidungen des Reichsgerichts, Oberverwaltungsgerichts, Reichsversicherungsamts, der ärztlichen Ehrengerichtsh  fe etc., die wesentlichsten Erlasse auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens; die medizinischen Fakultäten des Deutschen Reiches, Deutsch-Oesterreichs und der Schweiz; die Vereins-Organisation; die staatliche Vertretung des ärztlichen Standes; die Gebührenordnungen für Aerzte und Zahnärzte; die Gebührenordnungen für gerichtsärztliche Verrichtungen; das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland; die zur Aufnahme der Medizinalpraktikanten ermächtigten Krankenhäuser mit Angabe der den Praktikanten gewährten Vergünstigungen; die Medizinalbeh  rden und Sanit  tsbeamten; nach amtlichen Quellen bearbeitetes Personalverzeichnis der sämtlichen Aerzte Deutschlands (nach den einzelnen Wohnorten geordnet); Rang- und Anziennit  tsliste des Sanit  tsoffizierskorps; Statistik der Aerzte; Apotheken und Heilanstalten im Deutschen Reiche; alphabetisches Verzeichnis sämtlicher Aerzte und ihrer Wohnorte im Deutschen Reiche. Im Personalverzeichnis der Aerzte sind Namen und Spezialität der Spezialärzte zur leichteren Orientierung durch besondere Zeichen hervorgehoben.

Das große Licht. Ein Münchhausen - Brevier. Von Paul Scheerbart. 1912, Leipzig, im Verlage von Dr. Sally Rabinowitz.

Wenn Paul Scheerbart unter dem Titel seiner neuesten Novellensammlung sich selbst verstanden wissen wollte: er würde sich nicht zu hoch preisen; denn von allen lebenden Dichtern ist er der einzige, dessen Werk über die mi  verstehende Gegenwart hinaus in die ewigste Zukunft hineinragt. Er meint aber zum ersten nur den Baron Münchhausen, den Helden seines herrlichen Ro-

mans „Münchhausen und Clarissa“ (bei Oesterheld-Berlin), in dem er einen Kulturträger ersten Ranges gezeichnet hat; jenen Münchhausen, in dessen 180jährige Weisheit der weiseste Dichterphilosoph, den Deutschland je gehabt, seine eigenen Reformideen auf allen Lebens- und Kunstgebieten hineingezaubert hat. Zum zweiten aber — und dies ist das Wesentlichere — stellt das „große Licht“ von allen Reformideen die schönste und größte dar: die Institution der Glasarchitektur, für deren zweckmäßige Vollkommenheit Scheerbart schon wiederholt mit aller Kraft eingetreten ist. Daß die Glaspaläste, die eine in der Weltliteratur einzigartige Phantasie in einer nicht minder einzigartigen Erzählungskunst mit all ihren Lichtwirkungen und bunten Herrlichkeiten aufbaut, wieder dazu helfen werden, Licht auch in die Anschauungswelt der Menschheit zu werfen: wer, der, von der Gewalt dieses in jeder Hinsicht großen Werkes ergriffen, in Münchhausen den neuen Menschen, an dessen Gestaltung Hermann Bahr und noch viel Größere gescheitert sind, bewundernd erblickt, möchte es noch bezweifeln? Und selbst diese wenigen würden, Novellen wie „Flora Mohr“ ganz symbolikbefreit, nur als heitere und phantasievolle Erzählungen im Sinne altitalienischer Meister genießend, nicht bestreiten, daß Bücher dieses Dichters vor allen anderen guten unserer Tage weit- aus den Vorzug verdienen.

Fr. Gr.

Die berufliche und freiwillige Krankenpflege der Frau.

Von R a t h m a n n. Leipzig, Verlag von F. Leineweber. Der Verfasser hat seine Aufgabe, einen Ueberblick zu geben über die zur Zeit bestehenden Einrichtungen in beruflicher und freiwilliger Krankenpflege und die modernen Bestrebungen für ein Frauendienstjahr in der Kranken- und Gemeindepflege, vorzüglich gelöst. So werden die Vor- und Nachteile des Schwesternberufes eingehend besprochen, so daß Mädchen, die diesen Beruf einschlagen wollen, über alles Wissenswerte orientiert werden. Dies aber nur ein Teil des inhaltreichen Büchleins, das alle, welche Schwestern zu werden beabsichtigen, lesen müßten.

Notiz.

Die heutige Nummer unseres Blattes enthält eine Beilage, und zwar von der Firma:

**Goedecke & Co., Leipzig u. Berlin N. 4, über
Arhovin,**

auf die wir besonders hinweisen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer** in **Friedenau - Berlin.**

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 6.

März 1913

Originalarbeit.

Einige Neuerungen in der Behandlung der Conjunctivitis.

Von Dr. A. Dutoit, Augenarzt in Montreux.

Unter allen Erkrankungen des Auges gehört die Conjunctivitis unstreitig heute noch am meisten in den Wirkungsbereich des praktischen Arztes. Es liegt dies — wie leicht begreiflich — daran, daß die Conjunctivitis, abgesehen von vereinzelt Ausnahmen, überaus häufig als Begleiterscheinung von akuten Infektionskrankheiten auftritt, welche, wie z. B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Röteln u. a., stets die Aufmerksamkeit des praktischen Arztes fesseln.

Aber auch die Ausnahmen, unter ihnen vor allem die mit Recht so gefürchtete „Conjunctivitis gonorrhoeica“ neonatorum et adultorum, beanspruchen wegen der Dringlichkeit der Hilfeleistung immer wieder die Hand des praktischen Arztes.

Dasselbe gilt schließlich auch von denjenigen Formen der Conjunctivitis, welche wie z. B. die „Conjunctivitis diphtherica“, unabhängig von einer Allgemeininfektion vorkommen.

Bei der Conjunctivitis in Verbindung mit Scharlach, Masern, Röteln handelt es sich, wie die Erfahrung lehrt, zumeist um eine durchaus gutartige Erkrankung, welche zwar infolge ihrer oft heftigen Reizerscheinungen bedenklich aussieht, aber einer gewissenhaften Behandlung kaum ernsthafte Schwierigkeiten bereitet. Auch diejenigen Fälle, welche in diesem Zusammenhang zu einer Mitbeteiligung der Hornhaut führen, geben, falls der Arzt rechtzeitig eingreift, eine günstige Prognose.

Um an dieser Stelle gleich bei diesem mehr allgemeinen Standpunkt der Therapie der Conjunctivitis zu bleiben, betonen wir vorerst mit Nachdruck, daß, angesichts des Umstandes, daß es sich bei der Conjunctivitis in Verbindung mit Masern, Scharlach, Röteln zumeist um Kinder handelt, — betonen wir also mit Nachdruck, daß hier damit gerechnet werden muß, daß der praktische Arzt einen Teil der Behandlung — und zwar gar nicht etwa den unwesentlichen der Umgebung, also zumeist den Händen der Mutter anvertraut.

Im akuten Stadium der Conjunctivitis gilt es zu allererst der Sekretion — sei sie nun wässerig, schleimig oder eitrig — Meister zu werden. Es leuchtet ein, daß dies dem Arzte bei einem täglichen Besuche nur dann mit einiger Sicherheit gelingt, wenn in der Zwischenzeit ähnliche oder ergänzende Maßnahmen von seiten der häuslichen Pflege stattfinden.

An Stelle der üblichen Kamillenkompresse, welche besonders im akuten Stadium den Reizzustand noch erhöhen und gelegentlich auch Hautekzem hervorrufen, empfehlen wir in diesem Zusammenhang mehr die Irrigationen mit leichten, vorgewärmten, antiseptischen Lösungen, welche zumal bei schleimiger und eitriger Sekretion, eine Ansammlung und Zersetzung derselben im Bindehautsack vorteilhaft verhüten.

Zu solchen Irrigationen, welche je nach der Schwere des Falles halb- bis ein- bis zweistündlich stattfinden, kommt, neben der 2 bis 4% Borsäurelösung, neuerdings auch die besser adstringierend wirkende Kaliumpermanganat- (1%) oder Gerbsäurelösung (1%) in Betracht. Andererseits läßt sich zweckmäßig zur Borsäurelösung Zinkum sulfur. (0,5%) hinzufügen.

Neben den Irrigationen, welche also der Umgebung des Kranken anvertraut werden, fallen dem praktischen Arzte vor allem die Instillationen zu. Hier spielen bekanntlich die verschiedenen Silbersalzlösungen auch heute noch die Hauptrolle. Bei der Anwendung der Argentum nitricum-Lösung ist allerdings Vorsicht geboten, weil sie nicht immer anstandslos vertragen wird, ihre Anwendung außerdem auch durch Schmerzhaftigkeit den Reizzustand gelegentlich nur steigert.

Gegenüber diesen Bedenken, verdienen die organischen Silbersalze den Vorzug. Der Grad der Konzentration richtet sich hier nach der Schwere des einzelnen Falles. Protargol, Kollargol, Argryrol kommen in der Regel in 3 bis 5% Lösung zur Verordnung. Besteht eine ausgesprochen eitrig-sekretorische Sekretion, so empfehlen wir vorübergehend während zwei bis drei Tagen Instillationen mit einer 10% Lösung eines dieser Salze.

Bei der Behandlung der „Conjunctivitis gonorrhoeica“ neonatorum et adultorum, welche wir hier

aus praktischen Gründen gleich anschließen, verstärken sich alle diese Maßnahmen. Nicht nur sollen die Irrigationen bei Tag und bei Nacht halb- bis einstündlich wiederholt werden, sondern auch die Instillationen müssen mindestens dreimal am Tage und zweimal des Nachts stattfinden. Zweckmäßig überläßt man dazu der pflegenden Mutter eine 5% Lösung eines der genannten organischen Silbersalze, während der Arzt selbst einmal täglich eine 1 bis 2% Silbernitratlösung oder eine 10% Protargol- oder Kollargol- oder Argyrollösung anwendet.

Handelt es sich um eine Conjunctivitis mit vorwiegend wässriger Sekretion, besonders aber um subakute und chronische Formen, so z. B. um die so verbreitete, oft in Verbindung mit Schnupfen auftretende „Conjunctivitis angularis“, so treten neben den erwähnten Silbersalzen (zumeist genügen hier 1 bis 2% Lösungen) hier die antiseptischen Salben in ihr Recht, deren Anwendung in Verbindung mit geschickter Massage in der Hand des praktischen Arztes vorzügliche Erfolge geben.

Wir gelangen damit zu der Besprechung der Conjunctivitis phlyctaenulosa aut scrophulosa, welche wiederum in Verbindung mit akuten Infektionskrankheiten, diesmal aber zeitlich erst nach Ablauf derselben, also während der „Rekonvaleszenz“ öfters zur Beobachtung gelangt.

Hierbei handelt es sich, wie bekannt, zumeist um eine Beteiligung der Conjunctiva bulbi, welche nicht selten auch die Hornhaut in Mitleidenschaft zieht. Gerade mit Rücksicht darauf bleibt aber die Anwendung antiseptischer Salben besonders angezeigt.

Die Massage, welche in diesem Zusammenhang nicht unterlassen werden darf, wirkt in doppelter Weise. Einmal verteilt sie rein mechanisch die Salbe im ganzen Bereich des Bindehautsackes und preßt sich ganz von selbst in alle Nischen und Falten desselben. Sodann aber beeinflussen wir mit der Massage vor allem die Blut- und Lymphzirkulation der entzündeten Bindehaut, sorgen für beschleunigte Resorption des zugeführten Antiseptikums und regen damit wiederum die Leukozytose an.

Die Ausführung der Massage erfordert viel Geduld und Geschicklichkeit. Allein wie auch sonst wo, so macht auch hier die Uebung bald den Meister. Wir empfehlen die tägliche Massage und vor allem die vorsichtige Anwendung derselben mit ganz leichter Hand, zumal bei noch vorhandenen entzündlichen Erscheinungen, um Schmerzen und Verstärkung des Reizzustandes zu vermeiden.

Aus dem gleichen Grunde beanspruchen die ersten Massagesitzungen nicht mehr als drei Minuten. Man streicht mit der Kuppe des Mittelfingers rasch rotierend das Oberlid und das Unterlid ab-

wechselnd über die Wölbung des Augapfels hin. Etwa von der fünften Sitzung an verlängert man die Dauer der Massage auf fünf Minuten, von der zehnten Sitzung an auf acht bis zehn Minuten. Bedürfen beide Augen der Massage, so behandelt man zweckmäßig an dem einen Tage nur das eine Auge und begnügt sich beim zweiten Auge mit einer Instillation, um dann am folgenden Tage das Verfahren in umgekehrter Weise auszuführen, dies wesentlich aus dem Grunde, weil das Einstreichen von Salbe und die darauffolgende Massage an beiden Augen zugleich das Sehen zu stark stört.

Um nun auf die Behandlung der Conjunctivitis phlyctaeuulosa aut scrophulosa in diesem Zusammenhange etwas näher einzutreten, bemerken wir zunächst, daß die klassische sogenannte Pagenstecher'sche gelbe Salbe stetsfort ihren altverdienten Ruf der Wirksamkeit bewahrt. Immerhin erfordert, wie bekannt, ihre Zubereitung eine peinliche Sorgfalt. Hauptsache bleibt dabei, daß das gelbe Quecksilberoxyd auf nassem Wege jedesmal frisch hergestellt und mit größter Gleichmäßigkeit mit dem Salbenträger verrieben wird.

Am besten nimmt man dazu amerikanische gelbe Vaseline, entweder rein oder zur Hälfte mit Lanolin oder auch unter Zusatz von Glycerin.

Bei der Behandlung der Conjunctivitis scrophulosa mit gelber Quecksilberoxydsalbe spielt natürlich die Konzentration die Hauptrolle. Im allgemeinen verhält sich dieselbe gerade umgekehrt zum Grade des Reizzustandes. Bestehen heftige Erscheinungen, vielleicht sogar Hornhautpusteln, so genügt in solchen Fällen ein Gehalt von 2%. Sobald aber der Erfolg sich einstellt, darf man zu länger dauernder Massage auch eine stärkere Salbe (3 bis 5%) anwenden.

Handelt es sich um chronische, hartnäckige Fälle von Conjunctivitis scrophulosa, so empfiehlt sich ein gelegentlicher Wechsel in der antiseptischen Salbe. So empfehlen wir aus eigener Erfahrung hier im besonderen eine 3 bis 5% Vioformsalbe. Daneben leistet auch eine 3 bis 5% Xeroformsalbe, anderseits eine solche mit einem der oben erwähnten organischen Silbersalze (ebenfalls 3 bis 5%) vorzügliche Dienste.

Schließlich läßt sich die Wirksamkeit aller dieser antiseptischen Augensalben durch einen Zusatz von Dionin (0,5 bis 1%) erfolgreich verstärken. Das Dionin beeinflußt bekanntlich die Lymphzufuhr und unterstützt also den Zweck der Massage.

Eng mit der Conjunctivitis scrophulosa verknüpft ist die Blepharitis scrophulosa. Obschon dieselbe auch selbständig vorkommt und damit eigentlich aus dem Rahmen dieser Betrachtung fällt, so können wir es uns doch nicht

versagen, in diesem Zusammenhang wenigstens auf einige neue Mittel hinzuweisen, welche uns stetsfort gute Dienste leisten.

Je nachdem es sich um eine trockene oder um eine nässende Blepharitis scrophulosa (auch „ulcerosa“) handelt, verfahren wir dabei in verschiedener Weise. Im ersteren Falle verordnen wir Waschungen des Lidrandes mit 2 bis 3% Alsollösung, des nachts Anstreichen des Lidrandes mit Alsol-Crème oder Lenicet-Crème.

Liegt dagegen eine nässende pustulöse oder ulzeröse Blepharitis vor, so erweisen sich Waschungen mit Kleiewasser und darauf folgende Bepudering mit Alsol- oder Lenicetpulver äußerst wirksam.

Fast noch häufiger als die Blepharitis findet sich die Dacryocystitis in Verbindung mit Conjunctivitis, allerdings nicht mit der Conjunctivitis scrophulosa, sondern zumeist in Verbindung mit „chronischer Conjunctivitis“ in engerem Sinne. Wir beabsichtigen an dieser Stelle auch keineswegs auf die Behandlung der Dacryocystitis einzutreten, welche nicht in den Wirkungsbereich des praktischen Arztes gehört. Wir verweisen vielmehr hier nur darauf, daß die chronische Conjunctivitis ebenso oft Veranlassung als Folge der Dacryocystitis ist und in dieser Hinsicht jedenfalls die Aufmerksamkeit des praktischen Arztes beansprucht.

Handelt es sich also um eine chronische Conjunctivitis ohne Dacryocystitis, zumeist mit mäßigen, selbst mit recht geringen Reizerscheinungen, so tritt dabei wiederum die Massage mit einer der genannten antiseptischen Augensalben, unter Umständen in Verbindung mit Dioninzusatz in ihr Recht. Zur Instillation zu Handen der Kranken wirken hier, neben der klassischen Bleiacetat- (0,2 bis 0,5%), vor allem die schon erwähnten Lösungen organischer Silbersalzlösungen (3 bis 5%) ganz ausgezeichnet.

Ein letztes Wort widmen wir endlich der „Conjunctivitis diphtherica“ einerseits, der „Conjunctivitis vernalis“ andererseits.

Bei der „Conjunctivitis diphtherica“ liegt eine akute Infektion der Bindehaut mit Diphtheriebazillen vor. Steht die Diagnose fest — sie kann zu Zeiten einer Epidemie schon aus dem klinischen Befund, auch ohne bakteriologische Sekretuntersuchung, mit Sicherheit gestellt werden — so bleibt es die Pflicht des praktischen Arztes, hier nur die erste, aber ausreichende und gewissenhafte Hilfe zu leisten. Erstens gebe man sofort eine subkutane Injektion von 1000 A. E. Diphtherieserum, bei Erwachsenen auch das Doppelte oder selbst Vierfache. Zweitens besorge man das erkrankte Auge vorerst mit einer aus-

giebigen Irrigation mit einer schwachen, vorgewärmten antiseptischen Lösung (Borsäure 2% oder Kaliumpermanganat 1%), sodann mit einer Instillation von zwei Tropfen einer 3 bis 5% Protargol-, Kollargol- oder Argyrollösung. Die weitere Behandlung der Conjunctivitis diphtherica gehört in die Hände des geschulten Augenarztes.

Bei der Behandlung der „Conjunctivitis vernalis“ — Frühljhrskatarrh — handelt es sich zumeist um die Erfüllung zweier Indikationen. Einerseits leiden die Kranken überaus häufig an Juckreiz. Derselbe läßt sich erfahrungsgemäß durch eine ganz schwache Lösung verdünnter Essigsäure (Aq. dest. 10,0, Acid. acet. dilut. gtt. II), welche nach Belieben eingeträufelt werden kann, am besten stillen. Andererseits leistet hier die Massage mit einer schwachen antiseptischen Salbe oft vorzügliche Dienste. Gemäß unserer eigenen Erfahrung empfehlen wir dazu im besonderen eine 3 bis 5% Vioformsalbe, je nach dem Grad des Reizzustandes auch unter Zusatz von 0,5 bis 1% Dionin.

Außerdem erfordert der Frühljhrskatarrh auch eine innere Behandlung mit Eisen oder Arsen, seltener mit Jodkali und mit geeigneten Schutzgläsern, am besten wohl mit grünen, sogenannten „Hallauer-Gläsern“ (Stärke 62 oder 63).

Journal-Auszüge.

Agrypnie.

Zu dem Artikel „Paraffinwatte als Antiphon“ schreibt uns Kollege Heinrich (Weyarn): „Ich habe mir seit vielen Jahren schon Antiphonwatte hergestellt. Auf meinen Urlaubsreisen, die mich in größere Städte führten, während ich sonst in einem „stillen Nest“ wohne, ließ mich der Großstadtlärm nicht schlafen. Ich versuchte anfangs Wattepfropfe, die aber nichts nützten. Dann vermengte ich die Watte mit Borsalbe, was sich sehr gut bewährte. Das Wiederherausnehmen der Pfröpfe aus dem Ohr, das bei Paraffinwatte nach Frank Schwierigkeiten machen kann, erleichtere ich mir dadurch, daß ich am äußeren Ende des Pfropfens mir einen kurzen dünnen Stiel drehe, an dem der Pfropf gefaßt und sehr leicht herausgezogen werden kann, auch wenn einmal ein Pfropf etwas zu tief ins Ohr gerät. Mit der Wirkung dieser Borsalbenwattepfropfe war ich bisher vollkommen zufrieden.“¹⁾

¹⁾ Wir möchten an dieser Stelle bemerken, daß wir für derartige kleine therapeutische und andere (diagnostische, kasuistische etc.) Mitteilungen von Kollegen stets dankbar sind. Auch kleinere Artikel, sobald sie wirklich für unsern Leserkreis interessant sind und *etwas Neues bieten*, sind willkommen und werden entsprechend honoriert.

Redaktion.

Ueber „Adalin“. Von Dr. K. Tiling (Aus der II. inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin). Man wandte das Adalin dort an, wo schwachwirkende Schlaf- und Beruhigungsmittel versagten, die stark wirksamen hingegen zu meiden waren, also auf jenem Gebiete, das der medikamentösen Behandlung so oft große Verlegenheiten bereitet. Und hier hat sich in der Tat gezeigt, daß das Adalin geeignet ist, jene große Lücke mit auszufüllen. Ihm fehlen die lästigen Nachwirkungen, auf die der Arzt bei Darreichung der gebräuchlichen Schlafmittel stets gefaßt sein mußte. Bei Adalin sah man niemals Nebenwirkungen an der Haut oder am Atmungs-, Zirkulations-, Harn-, Verdauungsapparat, am Nervensystem und den Sinnesorganen. Frisch und ohne jeden Kopfdruck erwachten die Kranken aus dem Schlaf. (Zur Beurteilung des letzteren Verhaltens sind die an ambulanten Patienten, die tagsüber geistig oder körperlich arbeiten, gesammelten Beobachtungen besonders erwünscht.) — Es ist bereits viel Günstiges über die Wirkung des Adalins bei neurasthenischen Beschwerden und auch bei organischen Erkrankungen des Gefäßsystems berichtet worden. Verfasser möchte noch besonders seine erfolgreiche Anwendung bei Zuständen dekompensierter Herztätigkeit betonen. Viele Kranke, die in elendem Zustande noch wochenlang ein beschwerdereiches Dasein im Krankenhause fristen, ehe ihre chronische Myokarditis oder dekompensierten Klappenfehler schließlich den Tod herbeiführen, konnten durch größere Adalingaben (bis zu 2,0 und 2,5 à 0,5) subjektiv gebessert und beruhigt werden. Sie empfanden ihre hochgradigen Herzbeschwerden gering, schlummerten, verloren vielfach ihre tiefe Depression. Auch ohne Anwendung von Opiaten konnten solche Kranke wochenlang in subjektiv erträglichem Zustande erhalten werden. Desgleichen möchte Verfasser die günstige Einwirkung des Mittels auf Reizzustände des Respirationsapparates ausdrücklich hervorheben, weil auf diesen Punkt scheinbar wenig geachtet worden ist. Bei nicht zu weit vorgeschrittenem Lungenemphysem, bei leichterem bronchialen Asthma folgte nach Adalingaben schon von 0,5—1,0 Beruhigung der Atmung und Nachlaß des Hustenreizes. Auch in manchen Fällen von Lungentuberkulose trat freiere Atmung, ruhiger Schlaf ein, und es erwies sich eben dort als nützlich, wo die Dauer des Zustandes, die günstige Prognose oder das Alter des Kranken die Anwendung starker Narkotika unerwünscht sein ließ. Auch bei seinem Krankenmaterial sah Verfasser Versager: der Schlaf blieb aus trotz Steigerung der Gaben. Doch möchte er diesen Mißerfolg nicht dem Mittel zuschreiben. Er hatte anfangs die Fälle weniger ausgewählt. Späterhin führten schärfere Präzisierung und Indikationsstellung zu erfreulichen und zuverlässigen Resultaten, so daß Verfasser dem Adalin jetzt ein umfassendes Anwendungsgebiet und meist zuverlässige

Wirkung zusprechen muß. Es steht in seinen Wirkungen etwa in der Mitte zwischen Bromural und Veronal.

(Therap. Monatshefte, Oktober 1912.)

Klinische Erfahrungen mit Codeonal. Von Dr. von O y.
(Aus der Inneren Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Elberfeld.) Es scheint die Mischung von Codein und Diäthylbarbitursäure besonders wirksam zu sein, wie sie in den Tabletten von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen — die 0,17 Codeonal, d. i. 0,02 Codein. diäthylbarbit. und 0,15 Natrium diäthylbarbit., enthalten — in den Handel kam. Verfasser verabreichte zirka 1500 Tabletten an ungefähr 90 Kranke und hatte Gelegenheit, die hypnotische und sedative Wirkung des Codeonals hinreichend zu beobachten. Die Tabletten wurden ungekaut mit Wasser geschluckt. Ueber die Gabe von vier Tabletten ging Verfasser nicht hinaus. Bei Schlaflosigkeit richtete sich die Dosierung nach dem Grade derselben (eine bis drei Tabletten). Das Mittel wirkte nach einer halben bis einer Stunde und brachte bei ausreichender Wirkung einen Schlaf von fünf bis sechs Stunden. Bei Schlaflosigkeit der alten Leute, bei neurasthenischen Personen, bei Agrypnie infolge von Ueberarbeitung oder Alkoholabusus sah Verfasser bei Verabreichung von ein- bis drei Tabletten kaum einen Mißerfolg. Wegen seiner Codeinkomponente und seiner gleichzeitigen sedativen Wirkung läßt das Präparat einen besonders guten Effekt da erkennen, wo Atembeschwerden das vorherrschende Symptom sind, so bei Bronchitis, Pleuritis und Tuberkulose mit nicht zu starkem Hustenreiz. Die Tuberkulösen gaben zwar häufiger an, einige Male durch den quälenden Husten aufgeweckt, jedoch alsbald wieder eingeschlafen zu sein. Auch bei Herzkranken mit Angstgefühlen, nächtlicher Atemnot usw. taten eine bis zwei Tabletten gute Dienste. Ein Herzkranker (Myodegeneratio), der wochenlang abends gegen seine nächtlichen Beklemmungsgefühle eine Tablette bekommen hatte, erwachte darauf mit Herzklopfen, Brustschmerzen und Angstgefühlen, als man ihm dieselben entzog, und erst als man ihm seine Tablette wieder verabreichte, schlief er wieder bis in der Frühe. Zugegeben muß allerdings werden, daß man bei Schätzung dieses therapeutischen Effekts die Suggestion nicht ganz ausschließen kann. Selbst Schmerzen geringeren Grades wurden durch das Codeonal beseitigt. Bei etlichen Fällen von Phthisen (III. Stadium) mit sehr starkem Hustenreiz, ebenso bei zwei Fällen von Polyarthrits acuta mit stärkeren Schmerzen ließ das Mittel im Stich; aber da hatten auch nur größere Morphindosen Erfolg. Sämtliche Kranken zeigten am Morgen keine Spur von narkotischer Nachwirkung, keine Müdigkeit, keine Eingenommenheit des Kopfes, sondern fühlten sich frisch und erquickt und zeigten sich sehr zufrieden mit dem ruhigen, traumlosen

Schlaf, den sie getan. Als Sedativum hatte das Codeonal nur in leichteren Fällen Wirkung, z. B. bei leichter körperlicher und geistiger Unruhe. Bei Neurasthenikern und Hysterikern hatten bis zu drei Tabletten meistens den gewünschten Erfolg. Als subjektive Wirkung trat Linderung der charakteristischen Symptome: Unruhe, Herzklopfen, Angstgefühl auf, wie nach Verordnung von Baldrianmitteln. Bei größerer Unruhe und Aufregungszuständen war keine oder nicht hinreichend befriedigende Wirkung vorhanden. Bei mehreren sehr unruhigen Altersdementen, bei zwei Fällen von Melancholie, bei einem phantastischen Paranoiker, bei mehreren Alkohodeliranten hatte Verfasser absolute Versager. Er ist allerdings, wie gesagt, auch bei Aufregungszuständen nicht über die Gabe von vier Tabletten hinausgegangen. Unerwünschte Nebenwirkungen traten nach Verordnung des Präparats so gut wie nicht ein. Es trat keine Magenverstimmung oder Verschlechterung des Appetits auf, selbst bei länger wählender Gabe, auch keine auffällig obstipierende Wirkung, wie sie von P a f f r a t h z. B. beim Veronal beobachtet wurde. Auch Klagen über trockene Zunge oder Leibschmerzen, über die bei anderen Schlafmitteln berichtet wurde, hörte man nicht. Nur eine alte Frau mit chronischer Bronchitis und phagendem nächtlichen Husten erbrach das Mittel (zwei Tabletten) kurz nach der Einnahme ohne ersichtlichen Grund und behauptete später, es nicht mehr nehmen zu können. Respirations- und Zirkulationsapparat blieben unbeeinflusst. Es zeigte sich keine wesentliche Verlangsamung der Atmung, es wurden keine größeren Pulsschwankungen konstatiert (im Höchsthalle bei einem jungen achtzehnjährigen Menschen mit Lumbago eine Verlangsamung von sechs Schlägen). Blutdrucksteigerung oder -senkung findet nicht statt, welche Eigenschaft das Präparat hauptsächlich als harmloses Einschläferungsmittel für alte Leute geeignet macht. Die Temperatur zeigte nach Darreichung von Codeonal keine wesentlichen Unterschiede. Nur 0,2 bis 0,3° nach der positiven und negativen Seite konnten durch zahlreiche Messungen festgestellt werden. Daß das Resultat bei den Tuberkulösen, bei den durch den pathologischen Prozeß geschwächten Individuen mit so labilem Verhalten der Wärmeregulation im großen Ganzen ebenso war, zeigt, daß das Mittel ohne Einfluß auf die Temperatur ist. Das Blutbild bleibt auch nach längeren Gaben unverändert. Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobingehalt wurden mehrfach kontrolliert. Keine Hämolyse! Auch hier zeigte sich bei ausgesprochenen Nierenerkrankungen keine Veränderung des Harns. Eine Angewöhnung an das Mittel, daß dasselbe etwa bei längerer Verabreichung hätte gesteigert werden müssen, hat Verfasser nicht beobachtet. Er hält mithin das Codeonal für ein angenehmes, ungefährliches Hypnotikum, welches namentlich bei alten Leuten und heruntergekommenen Kranken, vorzüglich auch bei

solchen mit nicht zu starkem Hustenreiz, sowie bei mäßiger Unruhe durchaus Gutes leisten wird. Bei größerer Unruhe, Aufregungszuständen, Delirien war die sedative Wirkung nicht hinreichend befriedigend. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 49.)

Anosmie.

Beiträge zur traumatischen Anosmie. Von O. Seifert. Verfasser berichtet über zwei einschlägige Fälle. Der eine ereignete sich nach Sturz in eine 1 m tiefe Grube. Verfasser faßte diesen Fall als essentielle oder wirkliche Anosmie auf. Man unterscheidet hier periphere und zentrale Anosmien. Erstere kommen in der Mehrzahl vor, zumeist nach Einwirkung stumpfer Gewalt in der Gegend der Nasenwurzel, z. B. durch Hufschlag eines Pferdes, Schlag eines Hammers, ferner nach Läsionen der Stirngegend, Fall auf das Gesicht usw., endlich unter toxischen Einflüssen. Zentrale essentielle Anosmien entstehen zumeist nach Traumen des Hinterkopfes durch Contrecoup - Wirkung. Hierhin gehören die Projektilwirkungen. Von toxischen Noxen erwähnt Verfasser ätzende Flüssigkeiten oder solche von starker Temperatur, schädliche Gase (z. B. bei der Kautschukfabrikation), Schwefelkohlenstoffgase, Kokain. Endlich kommen essentielle Anosmien vor im Senium und bei organischen Gehirn- und Rückenmarksleiden (Tumoren, Tabes, Dementia paralytica usw.). Im zweiten Fall war dem Patienten ein Projektil in die Nase gedrungen, hatte eine Störung der Geschmacksempfindung und die Bildung von Schleimpolypen bewirkt durch Eindringen von Schrote (Ethmoiditis suppurativa) in die mittleren Muscheln. In der Literatur sind mehrfach derartige Fälle beschrieben worden. Für den Betreffenden sehr unangenehm sind die Parosmien, die sich im ersten Fall neben einer eigentümlichen Geschmacksparästhesie in einem eigentümlichen Brandgeruch äußerten. Beides fehlte im zweiten Falle. Zu Untersuchungen genügen die gewöhnlichen Methoden: Verdünnungen von Perubalsam, Jodoform, Terpentin, Kölnischem Wasser, verbrannte Holzspäne. Die Prognose ist bei essentiellen Anosmien absolut infaust, bei funktionellen und mechanischen Anosmien wesentlich günstiger bei geeigneter Behandlung. Die unfallrechtliche Seite ist für die Praxis von größter Bedeutung, d. h. die Frage, wie hoch die Herabsetzung bzw. der Ausfall des Geruchsvermögens zu bewerten sei. Namentlich bei Arbeitern und Angestellten der Nahrungs- und Genußmittelbranche ist die Festsetzung von größter Wichtigkeit. Im allgemeinen wird man 15 bis 20% der Vollrente dem Verletzten zubilligen müssen. Auch bei funktionellen Anosmien ist eine entsprechende Rente zu gewähren, jedoch mit der Einschränkung, daß der Rentenbezug bei Wiederherstellung des Geruchsvermögens aufzuhören habe. Bei selbständigen Gewerbe-

treibenden wird natürlich die Rente höher zu bemessen sein als bei Angestellten. Die Begutachtung einer Rente für mechanische Anosmie wird auszusetzen sein, bis durch einen entsprechenden operativen Eingriff die Frage gelöst ist, ob und in welchem Grade das Geruchsvermögen wieder hergestellt werden kann.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie
1912 Nr. 5. — Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 19.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion.

Die ausschließliche Desinfektion der Hände mit Alkohol ohne vorherige Seifen- oder andere Waschung. Von E. Marquis (Rennes): M. hat neuerdings ausgedehnte bakteriologische, histologische und klinische Untersuchungen zur Lösung dieser vielumstrittenen Frage unternommen und kommt zu dem Schlusse, daß die alleinige Händedesinfektion mittelst (90%) Alkohol, zehn Minuten lang angewandt, allen übrigen Methoden überlegen sei und sich außer der völligen Wirksamkeit noch durch ihre Einfachheit und relative Schnelligkeit auszeichne. Nur der Gebrauch von Handschuhen sichert eine anhaltendere Sterilisation, aber bevor man dieselben benützt, muß man sich die Hände desinfizieren, und die Anwendung des Alkohols hat hier all ihre Vorteile. Wenn diese Eigenschaften für alle wertvoll sind, so sind sie es in besonderem Maße für den Kriegschirurgen, für den am Tage der Schlacht die Minuten gezählt sind und der immer eine leicht auszuführende Methode braucht. Die ausschließliche Desinfektion der Hände mittelst Alkohol ist die rationelle Vervollständigung der Grossich'schen Methode zur Desinfektion des Operationsfeldes.

(Revue de Chirurgie, Februar-März 1912. —
Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Chlorkresoltabletten „Grotan“. Von Prof. Dr. Max Schottelius in Freiburg i. Br. Seit Frühjahr 1910 wurde eine große Anzahl verschiedener Chlorkresolpräparate im Hygienischen Institut und im Medizinaluntersuchungsamt bakteriologisch und physiologisch, d. h. auf bakterizide Eigenschaft, Aetzwirkung und Giftigkeit geprüft. Dabei wurde auch mit einem interessanten flüssigen, geruchlosen Chlorkresolpräparat, einem „Neulysol“, gearbeitet, welches berufen sein dürfte, in vielen Fällen das alte übelriechende Lysol zu ersetzen. Ohne auf die zahlreichen Mißerfolge einzugehen, welche aus der Untersuchung praktisch wenig brauchbarer Zusammensetzungen sich ergeben mußten, sei nur summarisch bemerkt, daß die Untersuchung schließlich zu dem Ergebnis führte, daß Art und Quantität der Alkaleszenz besonders bedeutungsvoll ist für die Brauchbarkeit des Chlorkresols als Desinfektionsmittel. Die Wasserlöslich-

keit wird durch höhere Alkaleszenz gefördert, aber auf Kosten der bakteriziden Eigenschaft und unter Erhöhung der Aetzwirkung, während andererseits durch geringere Alkaleszenz die Wasserlöslichkeit besonders in kaltem Wasser beschränkt, die bakterizide Kraft aber erhöht wird. So wurde das von der Firma Schülke & Mayr nunmehr unter dem Namen „Grotan“ in den Handel gebrachte Präparat ausgewählt, um als festes, wasserlösliches Desinfektionsmittel in die Praxis eingeführt zu werden.¹⁾ Die bakteriziden Eigenschaften dieses Chlorkresols — des Grotans — sind in der Tat ganz außerordentlich groß, wie sich aus den Versuchsreihen ergeben hat. Es zeigte sich, daß das Grotan in einer 0,5% Lösung nach fünf Minuten langer Einwirkung sämtliche Infektionskeime vernichtet. Durchschnittlich genügt schon eine 0,3% Lösung. Eine 0,25% Lösung wirkt erst nach 20—30 Minuten desinfizierend auf die benutzten Testmaterialien. Die Wirkung des Präparates auf Milzbrandsporen ist etwas weniger kräftig, d. h. es bedarf einer 1% Grotanlösung, um Milzbrandsporen nach 20 Minuten langer Einwirkung abzutöten. Für menschlich praktische Zwecke kommen aber Milzbrandsporen bekanntlich so gut wie gar nicht als Krankheitserreger in Betracht. Die vielfach vertretene Anschauung, daß gerade Milzbrandsporen als die widerstandsfähigsten Infektionskeime das Testobjekt abgeben müßten, entspricht nicht den praktischen Bedürfnissen für den Menschen. Die wichtigsten Krankheitsträger, Typhusbazillen, Staphylokokken und Streptokokken, Choleravibrionen, Pestbazillen, sogar Tuberkelbazillen, bilden bekanntlich überhaupt keine Sporen, und alle diese Keime sind durch Grotan in $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ % Lösung in kürzester Zeit zu vernichten. Aus allen Beobachtungen ergibt sich, daß wir es im Grotan mit einer Substanz zu tun haben, welche mit außerordentlich hoher bakterizider Kraft sehr geringe Giftigkeit und kaum nachweisbare Reizwirkung auf die Haut verbindet. Das fast geruchlose Präparat ist in kaltem Wasser nur bis zu etwa 2% löslich, in lauwarmem Wasser tritt die Lösung der Tabletten sehr rasch ein. In der schweren Löslichkeit des Präparates liegt ein gewisser Vorzug; denn da bereits eine 0,5% Lösung für alle Desinfektionszwecke durchaus ausreichend ist, so übertreffen 1—2% Lösungen selbst die höchsten Ansprüche an Wirksamkeit. Ein unnötiger oder unrichtiger Gebrauch höher konzentrierter Chlorkresollösung ist ausgeschlossen, weil es eben keine stark konzentrierte Lösungen gibt. Der schwache, an Anilinum purum erinnernde Geruch ist ein weiterer Vorzug der Tabletten, denn ebenso wie ein zu stark riechendes Desinfiziens für die meisten Zwecke Nachteile hat, so gilt das auch für absolut geruch-

¹⁾ Das Präparat wird in Aluminiumröhrchen mit je 12 Tabletten von je 1 g zum Preise von 1 Mk. verkauft.

lose Desinfektionsmittel, z. B. für das Sublimat. Eine gewisse Geruchsempfindung bietet einen Anhalt zur Kontrolle, ob überhaupt desinfiziert ist oder nicht und wirkt außerdem auf viele Patienten suggestiv beruhigend.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 49.)

Blutungen.

Ueber einen Fall hartnäckiger hämorrhagischer Diathese, geheilt durch Injektion defibrinierten Blutes. Von Dr. H. Rubin (Aus dem Kathol. Krankenhause Oberhausen). Das Interesse, das der Fall bietet, liegt darin, daß er auf die von John vor kurzem empfohlene Injektion von defibriniertem Blut eines Gesunden eklatant reagierte. Während bis zum Tage nach der ersten Injektion täglich neue und sich immer steigende Blutungen auftraten, sistierten sie nach der ersten Blutinjektion mit einem Schlage vollkommen, nachdem sie wochenlang vorher jeder internen Behandlung getrotzt hatten. Es wurden dreimal je 40 ccm in der üblichen Weise entnommenen und defibrinierten Blutes intramuskulär injiziert. Die Blutspenderin war die Tochter der Patientin. — Der Fall war folgender: Frau R., 50 Jahre alt, 4 Partus, dabei immer viel Blut verloren, so daß der Arzt Einspritzungen machen mußte. Die Menses waren erst im 18. Lebensjahre aufgetreten, waren immer regelmäßig, aber sehr stark, bis zu 13 Tage dauernd, ohne daß der Arzt einen Grund für die verstärkten Blutungen hätte finden können. Im Alter von 36 Jahren fünf Wochen lang wegen Gelenkrheumatismus behandelt. Damals entwickelte sich auch ein Herzfehler. Seither immer viel mit „rheumatischen Schmerzen“ in den Gliedern zu tun gehabt. Mit 48 Jahren wieder wegen Gelenkschmerzen sieben Wochen im Krankenhaus. Von Blutungen auf der Haut war damals nichts zu sehen, jedoch bestanden sehr starke Metrorrhagien, fünf Wochen lang ohne Unterbrechung. Eine Abrasio brachte etwas Besserung. Die letzten regelmäßigen Menses waren im November 1911. Zu der Zeit der im Dezember 1911 erwarteten Menses traten zunächst kleine, später immer größer werdende Blutungen auf, und zwar unter der Haut des ganzen Körpers, der ganzen Mund-, Zungen- und Rachenschleimhaut, zugleich sehr starkes, unstillbares Nasenbluten. Oft entwickelten sich dicke Blutgeschwülste zusehends unter der Haut der Beine und der Arme. Die Menses selbst blieben aus. Die Schleimhäute wurden immer blasser, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich von Tag zu Tag. Am 1. Mai 1912 traten die Menses, die seit einem halben Jahre zessiert hatten, sehr stark wieder auf und waren weder durch lokale, noch durch interne Therapie zum Stillstand zu

bringen. Bei der Aufnahme am 16. Mai 1912 war das Gesicht und der ganze Körper übersät von pfennig- bis handtellergroßen subkutanen Blutungen, die an den Oberschenkeln zum Teil Fluktuation zeigten. Die Schleimhaut des Mundes, die Zunge und der Pharynx waren völlig mit Blut imbibiert. Die geringste Bewegung der Zunge verursachte heftige Blutungen aus dem Mund, das Zahnfleisch war blaß, aber relativ intakt, ebenfalls sehr leicht blutend. Ebenso blutete die Nase beständig, und die stets erneuerten Eisenchlorid-tampons waren nach kurzer Zeit durchblutet. Die Menses bestanden seit dem 1. Mai immer noch fort, und zwar sehr stark. An den Organen war außer einer Struma und einer völlig kompensierten Mitralinsuffizienz nichts nachzuweisen. Leber und Milz waren nicht zu fühlen. Im Urin waren trotz sorgfältigen Katheterismus Blutspuren nachzuweisen. Das Blut bot weder im frischen noch im gefärbten Präparat etwas besonderes. Der Hämoglobingehalt nach Sahli betrug 50%. Therapeutisch hatte die Patientin seit drei Monaten außerhalb des Hauses Chlorkalzium, Styptizin und Gelatine in jeder Form erhalten. Im Laufe der Behandlung waren die Blutungen eher stärker als schwächer geworden. Am 18. Mai 1912 wurden ihr 40 ccm defibrinierten Blutes injiziert. Von diesem Tage an hörten die Blutungen völlig auf, auch die Metrorrhagien zessierten vollständig. Trotzdem wurden am 20. Mai und 22. Mai nochmals je 40 ccm Blut injiziert. Seither hat sich auch nicht die Spur einer Blutung wieder eingestellt. Auch die erwarteten Menses blieben Ende Mai aus. — Besonders fiel die Schnelligkeit auf, mit der sich die zahlreichen Blutergüsse nach den Injektionen resorbierten. Verfasser hält es nicht für ausgeschlossen, daß auch die Geschwindigkeit der Resorption in Zusammenhang mit den Blutinjektionen steht. Auch legt die Beobachtung den Gedanken nahe, auch bei gynäkologischen Affektionen, die mit verstärkten Blutungen einhergehen (starke Menorrhagien, klimakterische Blutungen), einen Versuch mit Injektionen defibrinierten Blutes zu machen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Zur Behandlung atonischer Blutungen. Von Dr. H. H. Schmid (Aus der Deutschen Frauenklinik in Prag). Gestützt auf diese günstigen Ergebnisse an der lebenden Frau, die sich mit den Experimenten K e h r e r's und R ü b s a m e n's im Einklange befinden, möchte Verfasser dringend empfehlen, zur Bekämpfung schwerer Atonien, nicht nur ehe man an die Exstirpation des Uterus herangeht, sondern noch ehe man die nicht ungefährliche Uterus-tamponade ausführt, Hypophysenextrakt in den Uterus selbst zu injizieren, und zwar nicht durch die Bauchdecken hindurch, wegen der auch bei Vorsicht immerhin möglichen Verletzung von Darm

und Blase, sondern vom Zervikalkanale aus: Die Portio wird mit Faßzangen heruntergezogen; die Spritze ist mit einer langen Nadel armiert, und diese wird ähnlich wie eine Uterussonde in das Cavum uteri eingeführt und (unter Fixation des Uterus von den Bauchdecken aus) von innen her in die Uteruswand eingestochen. Verfasser hatte bisher zweimal Gelegenheit, das hier geschilderte Verfahren bei schwerer Atonie auszuführen, nachdem subkutane Injektionen versagt hatten; einmal nach vaginalem Kaiserschnitte, das andere Mal bei atonischer Blutung nach digitaler Ausräumung eines Abortus im vierten Monate. Beide Male war der Erfolg eklatant, die Blutung stand sogleich. Es waren jedesmal 2 ccm Pituitrin resp. Glanduitrin (das Verfasser in der letzten Zeit fast ausschließlich verwendet) injiziert worden; doch können ungestraft auch größere Mengen auf einmal gegeben werden; bei gynäkologischen Operationen (Enukleation von Myomen, bei vaginalen Operationen mit Erhaltung des Uterus), bei denen es darauf ankam, den Uterus zwecks Blutstillung oder zwecks Verkleinerung seines Volumens rasch zur Kontraktion zu bringen, hat Verfasser bis zu 6 ccm auf einmal injiziert, ohne schädliche Nachwirkungen davon zu sehen. Es versteht sich von selbst, daß man bei postpartalen Blutungen bis zur Einspritzung des Hypophysenextraktes die Aorta komprimiert, sei es mittels des M o m b u r g'schen Schlauches, des G a u ß'schen Apparates oder noch einfacher und ungefährlicher mit der Hand, wie wir es gewöhnlich machen und wie es von L a T o r r e so warm empfohlen wird. Es wird gewiß seltene Ausnahmefälle geben, bei denen alle konservativen Mittel versagen und operative Maßnahmen erforderlich werden. Aber gerade zur Erkennung solcher Fälle (Uteri mit abnormer Wandbeschaffenheit, P a n k o w) wird man die uterine Einspritzung von Hypophysenextrakt mit Vorteil verwenden können, da sie so einfach und rasch ausführbar ist, daß von der kostbaren Zeit nicht viel verloren geht. Bei Versagen derselben wird dann die Indikationsstellung zu operativem Vorgehen erleichtert. Im Interesse der uterinen Injektion von Hypophysenextrakt, welche Verfasser sowohl prophylaktisch für die Sectio caesarea als auch therapeutisch bei schweren Atonien wärmstens empfehlen kann, bedauert er die sonst gewiß sehr erfreuliche Tatsache, daß er in der letzten Zeit fast nie mehr schwere Atonien gesehen hat, seitdem man bei allen Fällen von Wehenschwäche, von drohender atonischer Blutung (Placenta praevia), bei allen entbindenden Operationen und bei allen Abortus-ausräumungen systematisch subkutane Injektionen von Pituitrin. Pituglandol und Glanduitrin anwendet (manchmal kombiniert mit Secacornin, wie es seinerzeit für Ergotin von G. A. W a g n e r, neuerdings von v. H e r f f empfohlen wurde).

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Chorea.

Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Chorea minor. Von A. Westphal (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Bonn). W. schildert zwei interessante Fälle:

1. Fall. Fehlen der Kniephänomene bei Chorea minor eines zwölfjährigen Knaben. Es geht aus einer Zusammenstellung einiger neuerer Literaturangaben hervor, daß die Ansichten über das Verhalten der Sehnenreflexe bei der Chorea minor noch geteilt sind, daß die Abschwächung oder Aufhebung derselben aber zweifellos eine außerordentlich seltene Erscheinung ist, wenn ein Forscher von der Erfahrung Oppenheim's dies Verhalten noch nicht beobachtet hat. Es ist deshalb der von W. beobachtete Fall, bei dem das Fehlen der Patellarreflexe unter günstigen Bedingungen beim Nachlassen der großen choreatischen Unruhe zu wiederholten Malen mit aller Sicherheit konstatiert werden konnte, bemerkenswert. Die anatomische Untersuchung des Rückenmarks und der peripherischen Nerven ergab, daß der Reflexbogen für den Patellarreflex intakt war, mit Ausnahme deutlicher Veränderungen der Vorderhornanglienzellen, welche die Zeichen akuter Zellveränderung (Auflösung der Nissl'schen Granula, Formveränderungen, Verlust des Kerns usw.) darboten. Neben den erkrankten Zellen war aber in den in Betracht kommenden Höhen des Rückenmarks eine nicht unerhebliche Anzahl anscheinend intakter Zellen vorhanden. Wenn es demnach nach diesen Befunden sehr wahrscheinlich ist, daß die Erkrankung einer Anzahl von Vorderhornzellen als die wesentliche Ursache des Schwindens der Patellarreflexe angesehen werden muß, erscheint es bei dem infektiösen Charakter der Erkrankung nicht ausgeschlossen, daß toxische Einflüsse auf andere Teile der anatomisch nicht nachweisbar veränderten grauen Substanz bei dem Zustandekommen der Erscheinung mitbeteiligt gewesen sind. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß bei starker Hypotonie der Muskeln, wie sie in unserer Beobachtung vorhanden war, schon leichtere Störungen im Reflexbogen ein Schwinden der Patellarreflexe herbeiführen können, als es bei hypertonischen Zuständen der Muskulatur der Fall ist. W. neigt der Ansicht zu, daß das Schwinden der Patellarreflexe bei der Chorea minor eine vorübergehende, wieder ausgleichbare Erscheinung darstellt, die anzunehmen ist, daß die auf toxischen Einflüssen beruhenden Störungen des Reflexbogens mit dem Aufhören der Giftwirkung wieder der Rückbildung fähig sind.

2. Fall. Poliencephalitis acuta haemorrhagica sup. mit Ophthalmoplegie bei Chorea minor. Bei einer sehr schweren, mit psychischen Störungen einhergehenden postreumatischen Chorea entwickelte sich in den letzten Tagen des Lebens eine Ophthalmoplegie.

die, soweit die Untersuchung der Patientin möglich war, sämtliche äußeren Augenmuskeln mit Ausnahme der Recti externi ergriffen hatte. Der Sphincter iridis war an der Erkrankung mitbeteiligt. Die Pupillen waren stark verengt und ließen keine Lichtreaktion erkennen. Die anatomische Grundlage dieser klinischen Erscheinungen bildete eine Poliencephalitis acuta haemorrhagica in der Gegend des Höhengraus am Boden des dritten Ventrikels und des Aquaeductus Sylvii. Die Ausdehnung und Lokalisation des hämorrhagischen Prozesses entspricht der von Wernicke bei den alkoholischen Formen der Poliencephalitis gegebenen Schilderung. Es zeigt dieser Fall, wie es seit den Untersuchungen von Uthoff-Oppenheim und anderen wohl allgemein anerkannt wird, daß diese Form der Encephalitis nicht nur auf alkoholischer Grundlage, sondern auch auf dem Boden der verschiedensten Infektionskrankheiten zur Entwicklung kommen kann, daß ihr also der Charakter eines spezifischen Krankheitsprozesses nicht zukommt. Alle eigentlichen entzündlichen Veränderungen fehlen, Gefäßveränderungen und Blutungen beherrschen, wie es nicht selten bei den alkoholischen Formen der Fall ist, das Bild, so daß also auch in anatomischer Hinsicht nahe Beziehungen zwischen den auf infektiöser Basis entstandenen und den Fällen von Poliencephalitis haemorrhagica auf alkoholischer Grundlage bestehen. Wahrscheinlich haben wir in diesen Fällen die primäre Schädigung in einer Erkrankung der Gefäßwand, hervorgerufen durch uns noch nicht näher bekannte toxische Einflüsse, zu suchen. Fragen wir uns, in welchem Zusammenhang die klinischen Erscheinungen in unserem Falle mit dem hämorrhagischen Prozesse stehen, so müssen wir sagen, daß die Augenmuskellähmungen nicht wesentlich und nicht allein durch die Blutungen bedingt sein können, da anatomisch nachweisbare Veränderungen an den Ganglienzellen in der Nähe der Blutungen nicht vorhanden waren, wir also genötigt sind, toxische, für uns nicht nachweisbare Schädigungen der Kerne der Augenmuskelnerven anzunehmen. Diese Annahme steht in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Autoren, welche zeigten, daß die klinischen Erscheinungen und die anatomischen Veränderungen sich bei der hämorrhagischen Encephalitis durchaus nicht immer decken. Soweit W. die Literatur der Chorea minor übersehen kann, findet er keinen Fall, der dem hier beschriebenen in klinischer und anatomischer Hinsicht analog wäre. Das Vorkommen einer fast totalen Ophthalmoplegie in Verbindung mit einer Poliencephalitis superior haemorrhagica scheint bisher bei dieser Krankheit nicht beobachtet zu sein.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 5.)

Dupuytren'sche Kontraktur.

Fibrolysinbehandlung bei Dupuytren'scher Kontraktur.

Von Dr. Huitfeldt, Kristiania. H. berichtet über zwei mit Fibrolysin behandelte Fälle von Fingerkontraktur, worunter einer besonderes Interesse bietet, weil er den spezifischen Einfluß des Thiosinamins auf das Narbengewebe deutlich sichtbar werden ließ. Die in der Handfläche vorhandenen Filtrate wurden nämlich schon nach einer Injektion viel größer und erschienen rot, das vorher schon bemerkte Jucken und Brennen in den von der Kontraktur betroffenen Partien nahm zu, eine alte Narbe, die lange bleich und flach gewesen war, schwell an und rötete sich. Im Laufe der Zeit gingen die Erscheinungen zurück, und die subjektiven Beschwerden verschwanden. Nach sieben Injektionen konnte unter Lokalanästhesie vollständige Streckung des kontrahierten Fingers ohne Schmerzáußerung vorgenommen werden. Das Resultat muß als gut bezeichnet werden. Es wurde ebenso schnell erreicht, als wie es durch eine Operation möglich gewesen wäre, die außerdem mehrwöchentliche Arbeitsunfähigkeit des Patienten mit sich gebracht hätte, während die Fibrolysinbehandlung ohne Arbeitsunterbrechung durchgeführt wurde. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1912 Nr. 6.)

Dyshidrosis.

Dyshidrosis palmaris, eine kosmetische Sommeraffektion.

Von Prof. Dr. Heinrich Paschke (Wien). Es sind kleine, punkt- bis mohn- und hanfkorngroße, fast kreisrunde, hie und da durch Konfluenz mehrerer von Kreissegmenten umrandete größere Flecke, welche von einer weißen, sehr dünnen, abgehobenen Epidermisschicht bedeckt, hie und da im Zentrum gedellt sind, oder an denen das zentrale, feinste Epidermisschüppchen schon abgefallen ist und deren Ränder dann von einer ebenfalls dünnsten Epidermislamelle gebildet werden. Nur ganz ausnahmsweise ist die den Fleck (es sind keine eigentlichen Flecke, mit dem Worte soll nur die einzelne affizierte Stelle gemeint sein) bedeckende primäre Epidermisschuppe etwas dicker, leicht geschichtet und haftet dann auch etwas fester an der Unterlage, welche niemals gerötet oder feucht ist. An den Beugefalten der Finger und an den Linien der Hohlhand äußert sich die Affektion oft nur in einer mehr oder wenig deutlich schuppenden, längeren oder kürzeren weißen Linie. Weder Schmerzen noch Jucken sind zu verspüren, und die subjektiven Symptome beschränken sich auf eine sich gelegentlich bemerkbar machende Trockenheit, auf ein gewisses Staubbigsein der Haut und auf den kosmetischen Fehler, der hie und da bei manchen Individuen zu einem Abschälen der Epi-

dermis auf größere Strecken hin (die Hohlhand, einzelne Finger) ausartet. Die Effloreszenzen sitzen an der Palmarfläche der Hand und der Finger, sowie an den Seitenflächen dieser und greifen seltener auf die Volarseite der Finger, kaum je auf den Handrücken über; sie befallen gewöhnlich beide Hände, hie und da auch die Füße; an den Sohlen finden sich oft ein bis mehrere Quadratzentimeter große Stellen, an denen die oberste, papierdünne Epidermislage abgehoben ist und sich ablöst. Die Affektion tritt nur im Sommer auf, um mit dem Eintritt der kühleren Jahreszeit völlig und spurlos zu verschwinden. Ueber die Ursache kann Verfasser nur seine Vermutung aussprechen, daß es sich um einen habituellen minimalen Austritt von Schweiß unter die oberste Epidermisschicht statt auf deren Oberfläche, also um eine echte Dyshidrose, handelt. Mit der sonst so bezeichneten Affektion (Tilbury-Fox) oder mit Cheiropompholyx (Hutchinson) hat diese Dyshidrose nichts zu tun. Verfasser hat wenigstens bei keinem der davon befallenen Individuen jemals eine Blase oder ein Bläschen gesehen und kann auch nicht sagen, daß ihm das Auftreten eines solchen entgangen wäre, da er bei manchen an dieser Dyshidrose Leidenden, so auch bei ihm selbst, seit vielen Jahren den Verlauf, vom ersten Moment angefangen, verfolgt hat. Gleichwohl sehen manche von den weißen Punkten, namentlich die gedellten und die mit einem geschichteten Epidermisschüppchen bedeckten, wie eingetrocknete Bläschen aus; Verfasser hat aber, wie bemerkt, nie ein Bläschen und auch nach dem versuchsweise vorgenommenen Ablösen der Schuppe die Unterlage niemals feucht gesehen. Auch mit der Hyperhidrosis (Kaposi) hat die Sache nichts zu tun, denn die von der Affektion Befallenen hatten zu keiner Zeit auch nur vorübergehend daran gelitten, hatten im Gegenteil eher über zu trockene Hände zu klagen. Ebenso wenig handelt es sich um ein Vorstadium oder um eine Folge von Ekzem (Unna), welches in allen beobachteten Fällen fehlte. Die an sich vollkommen unbedeutende Affektion erfordert keinerlei Behandlung. Unmittelbar nach jeder Waschung erscheinen die Schüppchen, so lange die Haut eben noch feucht ist, verschwunden, werden aber nach dem völligen Austrocknen wieder sichtbar. Wird eine Therapie gewünscht, so führt eine allabendlich ausgeführte Einreibung mit einer 5%igen Salbe mit weißem Präzipitat durch die darauffolgende raschere Abschuppung schnell zur natürlich nur einstweiligen Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 39.)

Intoxikationen.

Ueber die Behandlung der Opiumvergiftung mit faradischen Strömen. Von Frederick Taylor. Die Opiumvergiftung wird mit Magenausspülungen, Antidotis, Verhütung von Somnolenz.

bzw. Koma durch fortwährendes Herumführen der Vergifteten und durch Anregung der Respiration behandelt. Auch bei subkutaner Morphinumvergiftung ist die Magenausspülung indiziert, weil das Morphinum teilweise durch die Magenschleimhaut ausgeschieden wird. Als Antidota werden subkutane Atropininjektionen, sowie interne Darreichung einer verdünnten Lösung von Kalium hypermanganicum empfohlen, welche jedoch nur geringe Wirksamkeit besitzt. Das bedrohliche Koma mit stark herabgesetzter Atmungsfrequenz und unregelmäßigem Atmungstypus wird durch stetes Herumführen des Vergifteten, sowie kalte Uebergießungen von Hals und Nacken bekämpft; ebenso kamen verschiedene Hautreize zur Anwendung. Das beste Stimulans ist die Faradisation aller Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten, eventuell mit faradischer Bürste, während die bloße Faradisation der Herzgegend unzureichend ist. Der Verfasser berichtet über zwei Fälle von Opium- bzw. Morphinumvergiftung, wo die Genesung ganz oder zum größten Teile durch die Faradisation bewirkt wurde. Da es auf eine Hervorrufung von Muskelkontraktionen ankommt, so ist eine Knopfelektrode anzuwenden, wobei die Dauer der Applikation 40 bis 50 Minuten beträgt. Die anhaltende Faradisation bewirkt keine Erschöpfung, sondern Erwachen aus der Somnolenz. Bei Morphinumvergiftung ist wiederholte Ausspülung des Magens mit Kalium hypermanganicum-Lösung indiziert, um eine Reabsorption des Morphiums zu verhüten. Die Faradisation ist in allen Fällen indiziert, wo der Vergiftete durch andere Mittel nicht erweckt werden kann, und soll, von künstlicher Atmung unterstützt, bis zum Erwachen fortgesetzt werden. Unter 55 Fällen von Opiumvergiftung, darunter neun schweren Vergiftungen, waren drei Todesfälle zu verzeichnen. Der Umstand, daß bei diesen Fällen Faradisation angewendet wurde, spricht nicht gegen den Wert der Methode, weil die Vergiftungen zu schwer waren und die Faradisation nicht in ausreichender Weise angewendet wurde. Auch in der älteren Literatur über Opiumvergiftungen finden sich Berichte über die günstige Wirkung der Faradisation. (The Lancet, 27. April 1912. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Ein Beitrag zur Kasuistik der Benzoldampfvergiftungen.

Von Dr. Paul Beisele in Tutzing. Ende Juli wurde Verfasser zu einem Bräumeister auf einem landwirtschaftlichen Gut gerufen. Derselbe war bewußtlos aus einem leeren Kessel gezogen worden, in dem er nur kurze Zeit gearbeitet hatte. Rasch angestellte Wiederbelebungsversuche brachten den Verunglückten bald zur Besinnung, und nach Verlauf eines Tages konnte er wieder seine Arbeit aufnehmen. Was war nun die Ursache? Der betreffende Bräumeister war in den entleerten Kessel durch das Mannloch eingestiegen und

hatte die Innenwand mit einer Auflösung von Teer in Benzol (10%) als Kesselschuttmittel und Konservierungsmittel angestrichen. Der Kessel war wohl durch Oeffnungen an der Decke entlüftet, doch verhinderte die warme Außenluft das Abziehen von Gasen. Der Mann mochte wohl fünf Minuten im Kessel gewesen sein, als er ohne vorhergehende Symptome ohnmächtig wurde. Zum Glück wurde er von seinen Arbeitsgenossen bald vermißt, im Kessel aufgefunden und gerettet. Es unterliegt also gar keinem Zweifel, daß er durch die entstandenen Benzoldämpfe, die er in ziemlich konzentrierter Form einatmete, vergiftet worden war. Die Folgen der Vergiftung äußerten sich, nachdem die Bewußtlosigkeit vorüber gegangen war, in Kopfschmerz, Schwindel, rauschartiger Benommenheit und Erinnerungsstörungen für die jüngsten Vorgänge. Alle diese Erscheinungen schwanden aber bei Ruhe und frischer Luft im Laufe des Nachmittags; Excitantia wurden nicht notwendig. Die Untersuchung des Körpers ergab nichts Besonderes; auffallend war, daß der Mann eine Woche lang von ziemlich blasser Hautfarbe blieb, die allmählich besser wurde. Die Reflexe waren normal, die Pupillen ziemlich weit, an den ausgespreizten Fingern war ein feinschlägiger Tremor bemerkbar. Der Urin hatte ein merkwürdig dunkles Aussehen, das jedenfalls von phenolartigen Körpern herrührte und bei längerem Stehen sich immer mehr steigerte. Er enthielt kein Blut, kein Hämatoporphyrin. Auch Eiweiß und Zucker fehlten, dagegen wurde Nylander'sche Lösung nach kurzem Stehen vollständig reduziert. Die vornehmlichsten Erscheinungen der Benzoldampfvergiftung sind bekannt; die bemerkenswertesten sind: rasch eintretende Bewußtlosigkeit, sogar Tod, oder bald wieder eintretende Erholung. — Interessant ist die Art der Vergiftung, welche die Lehre gibt, bei allen Hantierungen mit benzolhaltigen Materialien vor allem für gute Ventilation Sorge zu tragen. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Ischias.

Ein Fall von Ischias und Proctitis chron. senum durch Atophan günstig beeinflußt. Von Geh. Sanitätsrat Dr. Hirschberg in Posen. Verfasser schreibt: „Aus der stattlichen Zahl der als heilkräftig gegen Ischias empfohlenen, besonders äußeren Mittel kann man mit Leichtigkeit schließen, daß sie diesem Uebel einen großen und hartnäckigen Widerstand entgegensetzen. Wer selbst, wie ich als Arzt, an Ischias leidend, am eigenen Leibe die heftigsten Schmerzen, die allgemeine Unbehaglichkeit und die Gehbehinderung empfunden und den mäßigen Erfolg jener Heilmethoden, von denen noch am meisten die elektrische Packung zu empfehlen wäre, erfahren hat, aber zu eingreifenderen, äußeren Vornahmen, wie Vesikatoren oder Injektionen in den Nerven oder gar zu den heroischen chirur-

gischen Eingriffen überzugehen sich scheut, wird, wenn innere Mittel warm empfohlen werden, zu denselben greifen, selbst auf die Gefahr hin, wie so häufig, eine Enttäuschung zu erleben. Mein Entschluß, eine Atophankur durchzumachen, wurde mir durch den lichtvollen und überzeugenden Vortrag des Prof. Weintraud (Wiesbaden) (in den Therapeutischen Monatsheften), in welchem er das Mittel auch gegen Ischias anzuwenden empfiehlt, sehr erleichtert. Der günstige Erfolg veranlaßt mich, da noch wenige Mitteilungen über Atophanwirkung bei Ischias vorliegen, den an mir selbst angestellten Versuch mitzuteilen. Seit vielen Jahren leide ich infolge von Varikositäten an beiden Unterschenkeln an häufig wiederkehrenden „Wadenkrämpfen“, mit Ausstrahlung der Schmerzen bis zu den Knöcheln. Vor etwa zehn Wochen trat dazu ein starkes Schmerzgefühl in der rechten Hüfte, welches sich schließlich in der rechten Incisura ischiadica, am Stamm des Nerv. ischiadic. festsetzte und von hier aus über die ganze Hinterfläche des rechten Beines, über die Wade und die Fußsohle bis in die Zehen ausstrahlte. Der Druck auf den Stamm des Nerv. ischiad. war äußerst schmerzhaft. Durch das ganze rechte Bein zog die Empfindung von Kribbeln und Ameisenlaufen und das Gefühl von Schwere und Eingeschlafensein; auf der Sohlenfläche das des Pelzigseins. Das Gehen war behindert; nach wenigen Schritten mußte ich ruhen. In den ersten Tagen traten die Schmerzen nur beim Gehen, dann aber auch während des Sitzens und nachts im Bett auf. Da die angewandten warmen Sandsäcke und die elektrischen Packungen nur vorübergehend Erleichterung verschafften, so begann ich mit der Atophankur, nach der Vorschrift von Weintraud, dreimal täglich zwei Tabletten (in Zwischenzeiten Natr. bicarb.) unter Beibehaltung der elektrischen Packungen.¹⁾ Zu meiner großen Ueberraschung konnte ich nach Verbrauch der 18 Tabletten eine deutliche Abnahme sämtlicher geschilderten krankhaften Symptome feststellen. Das Gehen wurde leichter, die Schwere und Schmerzhaftigkeit in dem Bein, sowie die Unbehaglichkeit des Gesamtorganismus ließen bedeutend nach. — Diese Besserung hatte aber keinen Bestand — nach sechs Tagen etwa kehrten meine früheren Beschwerden, wenn auch in schwächerem Grade wieder. Ich entschloß mich daher, dem Rate Weintraud's folgend, trotz der üblen Eigenschaften des Atophans, zur Wiederholung der Kur, aber in milderer Form, nur zweimal täglich zwei Tabletten. Dadurch wurde die Kur auf vier Tage verlängert, aber auch erträglicher. Auch diesmal trat

¹⁾ Es gehört einige Ueberwindung dazu, täglich sechs Tabletten zu nehmen. Das Atophan hat einen unangenehmen Geruch und Geschmack, und die Wasseraufschwemmung sieht unappetitlich aus. Ich möchte der Fabrik raten, für Geschmack und Geruch ein Corrigen zu suchen.

nach Verbrauch von 18 Tabletten ein bedeutender Nachlaß sämtlicher geschilderten krankhaften Erscheinungen ein — aber auch diesmal nur für acht Tage. Da ich aber durch diese zwei Kuren der Ueberzeugung geworden war, im Atophan zum wenigsten ein Linderungsmittel unschädlicher Art gegen Ischias gefunden zu haben, welches bei weiterem Fortgebrauch vielleicht noch bessere Heilungsergebnisse fördern könnte, so unternahm ich, nach achttägiger Pause, eine dritte Kur, aber in schwächerem Grade, zweimal täglich zwei Tabletten, während nur drei Tage — also zwölf Tabletten, und in den nächsten zwei Tagen je eine früh und abends. Auch diesmal trat eine bedeutende Besserung ein, die nun schon über 14 Tage anhält und die Hoffnung aufkommen läßt, daß sie eine länger dauernde bleiben dürfte. An das alte Leiden werde ich nur bei längerem Gehen durch ein dumpfes Wehgefühl in der rechten Hüfte und Wade, Schwere des rechten Beines und zeitweise auftretendes Ameisenlaufen erinnert. Drohen diese Beschwerden stärker zu werden, so schwinden sie in bedeutenderem Maße, wenn während zweier Tage täglich zwei bis vier Tabletten des Atophans von mir genommen wurden. Ich kann deshalb das Atophan wenigstens als vorübergehendes wirksames Linderungsmittel bei Ischias empfehlen. Wenn ich auch weiß, daß ein einzelner Fall nicht viel für Bewertung der Wirkung eines Heilmittels aufwiegt, und der Einwurf eines zufälligen Vorkommnisses vielleicht berechtigt sein kann, so dürfte dieser Fall, als Versuch an mir selbst also ärztlich kontrolliert, doch wohl beachtenswert erscheinen und zu fernerem Versuchen mit Atophan bei Ischias anregen. — Anschließend hieran möchte ich noch erwähnen, daß ich vom Atophan auch noch eine günstige Einwirkung auf eine bei mir zur Zeit der Atophankur bestandene Proctitis chronica senum gesehen habe. Die Proctitis chronica senum wird in den Lehrbüchern nur hin und wieder besonders abgehandelt, trotzdem sie nach meiner zu wiederholten Malen gemachten Erfahrung ein geschlossenes charakteristisches Bild darstellt und eine Crux für den Kranken und den behandelnden Arzt zu sein pflegt. Alte Leute werden, mit und ohne daß besondere Diätfehler vorausgegangen sind, nachts oder in den frühen Morgenstunden, genau täglich zu einer und derselben Zeit (präzis wie bei einem Intermittensanfall) von massenhaften, dünnbreiigen bis wässerigen, mit Schleimmassen gemischten Durchfällen heimgesucht. Begleitet werden sie von heftigen Leibscherzen, die nach dem Becken und beiden Oberschenkeln ausstrahlen, und von Stuhldrang. Eine Regelung der Diät ist meist von geringem Einfluß auf die Heilung; meist sind auch Opiate wenig wirksam, und man muß zu Adstringentien: Tannin., Extr. lign. Campechian. (letzteres ist besonders wirksam und empfehlenswert) greifen. Es dauert immerhin noch mehrere Tage, bis es gelingt, durch diese Mittel eine Heilung zu erzielen. Während des

letzten Anfalls, den ich bei der Atophankur durchmachte, gelang es mir bald am ersten Tage, bei einer geringen Gabe von Extr. lign. Camp. (einmal 0,5) Heilung herbeizuführen. Da nach Ansicht neuerer Autoren die Proctit. chron. auf Zersetzungen der Fäkalmassen (durch Bazillen) beruhen soll, so wäre eine Erklärung der günstigen Wirkung des Atophans durch seine Desinfektionkraft gegeben. Es wäre also auch bei Anfällen von Proctit. chron. ein Versuch mit kleinen Gaben Atophan, vielleicht eine bis zwei Tabletten neben 0,5 Extr. lign. Camp., anzuraten.“

(Therap. Monatshefte, Oktober 1912.)

Kopfschmerzen.

Beitrag zur Frage über die Entstehungsweise der Kopfschmerzen und ihre rationelle Behandlung. Von Dr. A. L o r a n d in Karlsbad. Man kann öfters die Beobachtung machen, daß Kopfschmerzen der heftigsten Art, solche z. B., die bei kongestiven Hyperämien des Gehirns aufzutreten pflegen, sehr bald danach verschwinden, nachdem es spontan zu einem ausgiebigen Nasenbluten gekommen ist. Es wäre folglich nicht unrationell, wenn man bei solchen Zuständen zu kurativen Zwecken auch ein Nasenbluten herbeiführen würde. Nun ziehen wir aber heutzutage unblutige Methoden vor, so werden Aderlässe, und vielleicht oft sehr mit Unrecht, nicht mehr angewendet; anstatt dessen lassen wir z. B. tüchtig purgieren und schwitzen. Wir können nun nach L.'s Erfahrungen in ähnlicher Weise auch bei der Nase vorgehen, indem wir durch verschiedene, die Nasenschleimhaut reizende Mittel einen tüchtigen Fluß aus der Nase erzeugen. Hierdurch hat Verfasser nun sowohl bei sich wie auch bei einer Anzahl von Patienten die heftigsten Kopfschmerzen in einem jeden Falle in ganz kurzer Zeit zum Verschwinden gebracht. Wollen wir also die Kopfschmerzen in rationeller Weise behandeln, so würde sich hiezu eine ableitende Behandlung durch die Nase am besten eignen. In einfachster Weise kann dies durch Schnupfpulver geschehen, und Verfasser teilt hier einige solcher Fälle mit, welche er zu seinen Versuchen zusammenstellte und die sich ihm gut bewährten.

Rp. Menthol	0,5
Acid. bor.	1,0
Iris Florent.	
Sacch. lact. āā	2,0

S. Schnupfpulver.

Stärker als dieses Pulver wirkt auf Kopfschmerzen ein Schnupfpulver, welches 3—4% Pulv. Rad. Veratri albi enthält, wie z. B.:

Rp. Pulv. Mayoranae	
Irid. Florent. āā	1,0

Sacch. lactis	2,0
· Rad. Veratri alb.	0,14
M. f. pulvis non subtilissimus.	

Gegenüber der internen Medikation mit Mitteln wie Pyramidon, Antipyrin oder Salizylate hat diese äußerliche Behandlung den großen Vorteil, daß sie die internen Organe, wie Magen, Herz, Nieren, nicht schädigt, auch tritt die Wirkung auf die Kopfschmerzen sehr rasch, oft in wenigen Minuten auf. Handelt es sich um recht heftige Kopfschmerzen und wenn man einen stärkeren Nasenfluß erzielen will, so kann man dem Pulver eine kleine Menge Veratrin begeben, so auf 5 g Pulver 0,04 Veratrin, doch müßte man dies auf sehr starke Kopfschmerzen beschränken, wo die obigen Pulver nicht helfen. Bei manchen Gehirnaffektionen, so insbesondere bei sklerotischen Veränderungen der Gehirngefäße, bildet das Niesen eine Kontraindikation; da aber die Anwendung dieser Schnupfpulver gleich einen starken Nasenfluß erzeugt, so wäre, mit Ausnahme der Fälle von Arteriosklerose, die Gefahr nicht so hoch zu veranschlagen. In solchen Fällen wäre die Blutentziehung durch die Nase mehr angezeigt. Ein Schnupfpulver, welches Veratrin enthält, ist wohl kein ganz harmloses Mittel und wäre nur für die Fälle von unerträglichen Kopfschmerzen, wo die früher erwähnten mildereren Mittel versagen, zu empfehlen. Aber es ist doch harmloser als eine Trepanation des Schädels oder selbst eine Lumbalpunktion. Auch ist zu bedenken, daß in einem Schnupfpulver, welches zu 5 g 0,04 g Veratrin enthält, nur zweimal die maximal erlaubte Dosis pro die für den inneren Gebrauch steckt. Da nun solche Kopfschmerzen heftigster Art doch nur selten auftreten und auch nur eine ganz minimale Menge jedesmal in die Nase eingeführt wird — beim Schnupfen mit solchen Mitteln darf überhaupt nur wenig Pulver in die Nase geführt werden — so kann davon kaum etwas in den Organismus aufgenommen werden. Wenn nicht zu heftig aspiriert wird, und der Rachen und Hals nach dem Niesen gründlich gereinigt wird, kann man wohl auch verhüten, daß etwas davon in die Speiseröhre eindringt. Bei dem Schnupfpulver, welches nur 3—4% Rad. Veratri albi enthält, kann von irgend einer schädlichen Wirkung überhaupt keine Rede sein, da ja hier die Maximaldosis für den inneren Gebrauch 0,3 g ist, und in dem oben empfohlenen Schnupfpulver weniger als die Hälfte der einmaligen Maximaldosis enthalten, und diese dabei auf Wochen verteilt wird. Es wird und es soll ja auch nicht tagtäglich geschnupft werden; für habituelle Kopfschmerzen und als Präventivmittel gegen die Kopfschmerzen hält Verfasser die Nasenmassage, von einem erfahrenen Spezialisten ausgeführt, für das rationellste Mittel. Die Schnupfpulver sind nur für den Notfall, wenn Kopfschmerzen auftreten, aufzuheben, und in dieser Weise gebraucht, also

gelegentlich, sind auch die Rad. Veratri enthaltenden Pulver harmlos, ausgenommen, wenn sie mehr als 4—5% davon enthalten. — Eine ableitende Behandlung von der Nase aus könnte mit Rücksicht auf ihre günstige Einwirkung auf die Blut- und Lymphzirkulation des Gehirns und der Hirnhäute vielleicht bei Affektionen derselben, so Meningitiden, Tumoren, Stauungspapille, Erkrankungen des Nervus opticus versucht werden. Ebenso aber auch bei manchen Erkrankungen des Auges, so Glaukom, wie auch des inneren Ohres, da ja doch die Zirkulationsverhältnisse dieser Organe mit denjenigen der Nase in innigsten Beziehungen stehen und von ihnen auch stark beeinflußt werden.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Paralyzen.

Diplegia brachialis neuritica. Von J. H o f f m a n n (Aus der Nervenabteilung der Medizin. Klinik in Heidelberg). Die drei Beobachtungen, die Menschen von ganz verschiedenem Alter, von 9, 25 und 60 Jahren betreffen, haben eine Reihe bemerkenswerter Züge gemeinsam: Einsetzen der Affektion bei vollem Wohlbefinden im Schlafe, völlige Ausbildung der Lähmung beim Erwachen, so daß von da ab eine Zunahme derselben nicht mehr nachfolgt, das symmetrische Befallensein der beiden Arme und nur dieser, die vollständige Heilung in zwei Fällen, während einmal eine symmetrische Radialislähmung dauernd zurückbleibt. Sensible Störungen waren in der für Neuritis charakteristischen Weise zweimal ausgebildet; bei dem Knaben fehlten sie gänzlich. Bei der Klarheit des Symptomenbildes braucht auf die Differentialdiagnose mit zervikaler, intramedullärer und meningealer Apoplexie, ferner mit Kompression der Medulla spinalis und der Rückenmarkswurzeln durch Karies, Tumor, Fraktur und Luxation und mit Schlafähmung durch abnorme Armhaltung nicht eingegangen zu werden, ebenso sprechen die Art der Sensibilitätsstörungen und der Mangel des H o r n e r'schen Symptomenkomplexes gegen Nervenwurzelneuritis. Dagegen dürfte es wohl am Platze sein, die Differentialdiagnose mit der Poliomyelitis acuta, die durch die letztjährigen Epidemien jetzt gerade in den Vordergrund der Forschung gerückt ist, kurz zu berühren, um so mehr, da man bei dieser zentralen Nervenkrankheit eine bis jetzt unbewiesene neuritische Form geprägt hat. In der Tat haben die Fälle mit der Poliomyelitis acuta manches gemeinsam: das plötzliche Auftreten über Nacht, die rasche Ausbildung der Lähmung ad maximum, das Fehlen der Sehnenreflexe, den degenerativ-atrophischen Charakter im weiteren Verlauf; auch Schmerzen sind, wie bei der Brachialneuritis, oft bei Poliomyelitis beobachtet, dazu Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Die Lokalisation, ob mehr am Oberarm und Schultergürtel

oder mehr distal, kann aus gleichem Grunde auch nicht den Ausschlag bei der Diagnose geben. Dagegen sprechen Fieber, Allgemeinerscheinungen verschiedener Art, spinale und zerebrale Reizerscheinungen von vornherein mehr für Rückenmarksleiden. Andererseits fallen für die Diagnose Neuritis contra Poliomyelitis ins Gewicht das Fehlen schwerer Allgemeinerscheinungen, die Symmetrie der Ausfallerscheinungen, die nach dem akuten Beginn lange Fortdauer reißender Schmerzen und Nervendruckempfindlichkeit, Parästhesien und objektive Sensibilitätsstörungen nach Art der peripheren Nervenläsion, die völlige Erholung von gelähmten Nervengebieten, in denen noch nach Wochen komplette EaR. bestand, oder bei unvollständiger Heilung das Zurückbleiben von wiederum symmetrischer Nervenlähmung, wie z. B. beider Nn. radiales im Falle 2. Wie bei der gewöhnlichen Polyneuritis wird auch bei dieser neuritischen Armlähmung die Symmetrie nicht immer scharf eingehalten werden, und es wird auch einseitige geben; dann werden sich der Diagnose, ob Neuritis oder Poliomyelitis, größere Schwierigkeiten entgegenstellen, die manchmal erst durch den weiteren Verlauf und Ausgang der Affektion schwinden werden. H. stimmt darin R e m a k bei, der bereits darauf hinweist, daß wohl manche völlig geheilte Armlähmung früher fälschlich als poliomyelitische aufgefaßt wurde, während sie in Wirklichkeit neuritischer Natur war. So viel ist jedenfalls durch die mitgeteilten Fälle bewiesen, daß nicht jede, ob einseitig oder doppelseitig noch so akut einsetzende atrophische Armlähmung bei Erwachsenen wie bei Kindern durch eine Poliomyelitis acuta bedingt sein muß, sondern auch neuritischer Herkunft sein kann. Und es ist prognostisch durchaus nicht unwichtig, die richtige Diagnose zu stellen, da neuritisch gelähmte Nervengebiete, die noch nach Wochen volle EaR. zeigen, sich erholen und wieder ganz leistungsfähig werden können, was erfahrungsgemäß bei gleich schwerer poliomyelitischer Lähmung ausgeschlossen ist.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 9.)

Verlaufseigentümlichkeiten der progressiven Paralyse.

Von S t e y e r t h a l (Kleinen i. M.). Die Paralyse gilt heute mehr denn je als eine unheilbare Krankheit, und der Satz, daß kein Paralytiker eine Spanne von zwei bis drei Jahren überlebt, scheint unerschütterlich festzustehen. Demgegenüber mehrten sich in der Praxis die Fälle, in denen ein ganz anderer Verlauf beobachtet wird. Obwohl alle Symptome die Diagnose unbedingt sicher erscheinen lassen, geht der Patient nicht in kurzer Zeit zugrunde, sondern die Krankheit gelangt entweder nicht zur vollen Entwicklung (Forme fruste der Paralyse), oder sie steht nach einem energischen Anlaufe still und ändert ihren Charakter, so daß die Kranken noch Jahre hindurch

ihre Berufspflichten erfüllen können (stationäre Paralyse). Vortragender hat in einem offenen Sanatorium während eines Zeitraums von 18 Jahren annähernd 100 Fälle von Paralyse beobachtet, meist leichtere Formen und Taboparalysen. Er weist an vier Beispielen nach, daß der Verlauf, obwohl die Diagnose von autoritativer Seite gestellt war, ein jeder Schulregel widersprechender, unerwartet günstiger gewesen ist. Hier hilft weder die Annahme einer Fehldiagnose noch die Aufstellung einer besonderen Krankheit: „Pseudoparalyse“. Es vernetwendigt sich eine Revision unserer Anschauungen über die Prognose der progressiven Paralyse. Wenn es sich herausstellt, daß tatsächlich echte Fälle dieses Leidens zum Stillstande oder gar zur Heilung mit Defekt kommen können, so darf der Arzt in der Praxis unter keinen Umständen einen absolut ungünstigen Ausgang der Krankheit prophezeien, sondern er muß auch die Möglichkeit eines gutartigen Verlaufes im Auge behalten.

(VI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Hamburg. — Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 20.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Morphium - Skopolamindämmerschlaf bei Geburten. Von Zweifel: Zur Anwendung gelangten bei 200 Versuchen der hiesigen Frauenklinik zwei Lösungen, deren erste zusammengesetzt war aus Morphium 0,1, Skopolamin 0,004 und Aqua dest. 10,0, die zweite aus Skopolamin 0,003 auf Aqua dest. 10,0. Bei Fünfmärkstückgröße des Muttermundes wurde von der ersten Lösung 1,0 injiziert und eine halbe Stunde später 0,75 der zweiten Lösung; manchmal wurde nach zwei bis drei Stunden noch eine dritte Injektion gemacht, wieder mit etwas Morphium vermischt, aber meistens genühten zwei Injektionen, wenn die Geburt in drei bis vier Stunden zu Ende ging; auch nach acht Stunden war oft noch genügende Schmerzlosigkeit vorhanden. Wichtig für den Erfolg ist die Fernhaltung aller äußeren Reize, Verstopfung der Ohren, Verdunkelung des Zimmers oder Anwendung einer blauen Brille usw. Die Resultate bei 200 Fällen waren nun folgende: 125 mal, das ist in 62,5%, war der Erfolg ein sehr guter (darunter 60 mal mit völliger Amnesie verbunden, während in den übrigen Fällen mehr oder weniger deutliche Erinnerung bestand), 26 mal, das ist in 13%, wurde gar keine Wirkung erzielt und in den übrigen 49 Fällen, das ist in 24,5%, eine gewisse Herabsetzung der Schmerzen erreicht. Die durchschnittliche Dosis betrug bei Erstgebärenden 0,11 Morphium + 0,00068 Skopolamin bei einem durchschnittlichen Zeitraume von sechs Stunden zwölf Minuten zwischen der ersten Injektion und der Geburt des Kindes (die höchste Dosis war 0,022 Morph. + 0,0014 Skopolamin). Bei Mehrgebärenden war die Durchschnittsdosis 0,01 Morph.

+ 0,000585 Skopol. bei einer mittleren Zeitdauer von drei Stunden einer Minute von der ersten Injektion bis zur Geburt des Kindes. Die ganze Geburtsdauer betrug bei Erstgebärenden im Mittel 18 Stunden 5 Minuten, bei Mehrgebärenden 14 Stunden 7 Minuten (nach G a u ß in Freiburg 18 Stunden 22 Minuten bzw. 13 Stunden 58 Minuten). Obwohl in manchen (34 = 17%) Fällen die Wehen vorübergehend ungünstig beeinflußt wurden, fand eine Verlängerung der Geburtsdauer nur selten statt. Auf die Nachgeburtsperiode war kein Einfluß festzustellen. Von den Geburten wurden 17 = 8,5% operativ beendet. Ungünstige Nebenwirkungen auf die Mutter wurden — abgesehen von heftigem Durstgefühl — im allgemeinen nicht beobachtet. 16 mal, das ist in 8%, stellte sich Erbrechen ein, 13 mal, das ist in 6,5%, sehr unangenehme Aufregungszustände, welche durch Morphinum und eventuell etwas Chloroform zu bekämpfen sind. Schädigungen der Kinder konnten nicht festgestellt werden. 25 Kinder, das ist 12,5%, wurden in Oligopnoe, acht in Asphyxie geboren. Zwei Todesfälle, welche sich ereigneten, waren nicht dem Dämmer Schlaf zu Last zu legen. Neuerdings werden in der Universitäts-Frauenklinik Versuche mit Pantopon - Skopolamin angestellt, die noch nicht abgeschlossen sind, aber bisher keine besonderen Vorteile gegenüber der Verwendung von Morphinum erkennen lassen.

In der Diskussion teilt Z w e i f e l auf eine Anfrage von L i e b l mit, daß keinerlei spätere Folgeerscheinungen des Dämmer schlafs bekannt wurden, und auf eine Frage von A. M ü l l e r, daß in der Klinik keine eigentliche Zyanose, wohl aber häufig Rötung des Gesichts usw. beobachtet wurde. E g g e l berichtet über eine eigene Beobachtung, wo sich nach Injektion der vorschriftsmäßigen Dosis des Skopomorphins von R i e d e l alsbald bedrohliche Pulsverlangsamung und starke Zyanose einstellte, während bei Verwendung des M e r c k'schen Präparats niemals derartige Erscheinungen beobachtet wurden, ein Beweis dafür, daß die Folgen sehr von der Beschaffenheit des Präparats abhängen. B a i s c h fragt an, ob sich die unangenehmste Nebenwirkung des Skopolamins, nämlich ein schwerer Aufregungszustand, voraussehen lasse. Er selbst erlebte einen solchen einmal bei einer sehr zarten und nervösen Patientin. Z w e i f e l bestätigt, daß es auch in der Klinik meist schwächliche Patientinnen waren, wo sich Aufregungszustände einstellten, darunter zwei mit verengtem Becken. In solchen Fällen empfiehlt sich die vorherige Injektion von Morphinum. Außerdem ist das Eintreten der unerwünschten Nebenwirkungen aber sicher sehr abhängig von der Reinheit des verwendeten Präparats. D o e d e r l e i n erzählt von Versuchen, die er als Assistent der Z w e i f e l'schen Klinik in E r l a n g e n 1885 mit Stickoxydul und Sauerstoff zur Herbeiführung schmerzloser Geburten anstellte und die geradezu ideale Geburten im

Dämmerschlaf ergaben, aber wegen der großen Umständlichkeit des Verfahrens wieder aufgegeben wurden.

(Gynäkol. Gesellschaft in München 21. März 1912. —
Mediz. Klinik 1912 Nr. 28.)

Der Abort und seine Behandlung. Von Dr. B a m b e r g (Charlottenburg). Ein Abort kann bekanntlich so lange aufgehalten werden, wie der Zervikalkanal nicht völlig durchgängig ist. Es ist daher auch ratsam, wenn nicht Fieber oder starke Blutungen eine Indikation zum sofortigen Eingriff abgeben, bei nicht geöffnetem Zervikalkanal möglichst nicht aktiv vorzugehen. Ueberhaupt wird man gut tun, den abwartenden Standpunkt des gewissenhaften Geburtshelfers auch bei der Behandlung des Abortes nicht zu verlassen. Von großem Wert für eine sachgemäße und vollständige Beendigung einer Fehlgeburt, wenn man es nicht mit einer verständigen, sehr ruhigen Person zu tun hat, ist eine gut geleitete und tiefe Narkose. Die Anwendung der Dilatatoren hat den Vorzug, daß sie weitaus am schnellsten zum Ziel führt und daß die Asepsis in strengster Weise gewahrt werden kann. Bei Mehrgebärenden gelingt es unschwer, ohne jede Gefahr einer Zerreißen den kaum eröffneten Kanal bis mindestens Kleinfingerdicke zu erweitern, so daß man einen schwangeren Uterus aus den ersten sechs bis acht Wochen mit der Kürette bequem entleeren kann. Die Jodoformgazetamponade kommt in erster Linie zu ihrem Recht im Falle von langandauernden Blutungen bei nicht geöffnetem Cervikalkanal. Im allgemeinen darf wohl der Grundsatz als anerkannt gelten, Instrumente nach Möglichkeit bei der Beendigung des Abortes, ungefähr vom Ausgang des dritten Monats an, nicht ohne Not in den Uterus einzuführen. Dagegen ist es wohl nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, daß instrumentelle Uterusperforationen täglich vielfach vorkommen. Die Uterusperforation an sich z. B. mit der Sonde, ist ja glücklicherweise auch keine so folgenschwere, vorausgesetzt nur, daß 1. das perforierende Instrument steril war und daß 2. der Operateur das Ereignis sofort merkt und den Eingriff abbricht. Alles weitere intrauterine Manipulieren, Schaben usw. würde natürlich nur geeignet sein, die Perforationsöffnung zu erweitern. Besonders dringend ist zu warnen vor intrauterinen Spülungen, wenn auch nur ein leiser Verdacht einer vorangegangenen Perforation besteht. Bei Aborten etwa von der achten bis zehnten Schwangerschaftswoche an muß man möglichst danach trachten, mit dem Finger die Entfernung der im Uterus zurückgebliebenen Eiteile zu überwachen. Im allgemeinen soll die Anwendung der Kürette beschränkt bleiben auf Aborte bis etwa zum Ende des zweiten Lunarmonats, soweit dort überhaupt Hilfe nötig ist. Streng verpönt ist das Einführen aller fassenden Instrumente, ins-

besondere der Kornzange, ins Dunkle hinein. Allenfalls und im äußersten Notfall darf eine Kornzange angewendet werden zur Entfernung des im Uterus zurückgebliebenen abgerissenen Kopfes der Frucht. Aber auch hier ist es unbedingt geboten, nur das mit dem Instrument zu fassen, was man unter dem Finger hat. Die Winter'sche Abortzange ist ja entschieden etwas unschuldiger als die Kornzange; aber doch ist es besser, wenn man ohne sie auszukommen sucht. Nach Entleerung der Uterushöhle empfiehlt es sich, unter nicht zu starkem Druck eine heiße Uterusspülung mit Lysoformlösung und dem Fritsch'schen Uteruskatheter auszuführen. Genau wie bei der septischen Infektion des Uterus nach rechtzeitiger Geburt muß man auch in diesen Fällen beim Abort vor jeder Vielgeschäftigkeit dringend warnen. Trotz der Gefahr der Verbreitung septischer Prozesse bei der Entfernung infizierter Abortreste, gilt es noch nach wie vor als Grundsatz für die Praxis, einen fieberhaften Abort schleunigst auszuräumen. Auch bei strikter Indikation dazu sollte der künstliche Abort immer nur nach Beratung zweier Aerzte eingeleitet werden. Obendrein soll man sich von der betreffenden Patientin und eventuell auch von ihrem Ehemann eine Bescheinigung ausfüllen lassen, daß sie über den Eingriff, seine Folgen und seine Bedeutung aufgeklärt sind und ihr volles Einverständnis dazu ausdrücken. Die Unterbrechung selbst soll man eigentlich nicht später als bis zum Ende des dritten Lunarmonats einleiten, je früher, desto besser, vorausgesetzt, daß nicht eine dringende Lebensgefahr vorliegt. Im allgemeinen dürfte es nicht ratsam sein, diese Eingriffe überhaupt außerhalb der Klinik vorzunehmen. Vielfach verbindet man heute damit gleichzeitig die Sterilisierung mittels Durchschneidung der Tuben, Amputation des Uteruskörpers oder Totalexstirpation.

Mediz. Reform 1912 Nr. 10. —

Deutsche Medizinal-Zeitung 1912 Nr. 29.)

Zur Kritik der Schultze'schen Schwingungen als Mittel zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener.¹⁾ Von Max Hirsch. Die Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen hat eine große Literatur und ist in den letzten Jahren wiederum Gegenstand lebhafterer Diskussion gewesen. Die von B. Schultze in die Geburtshilfe eingeführte Schwingungsmethode hat schnell einen großen Kreis von Anhängern gefunden und ist im Laufe der Jahre so eigentlich das Wiederbelebungs mittel *κατ' ἐξοχήν* geworden. Zwar hat Schultze selbst in seiner 1866 erschienenen Abhandlung und in seinen späteren Monographien und Aufsätzen die Indikationen und Gegenanzeigen für seine Schwingungsmethode aufgestellt und

¹⁾ Der interessante Artikel sei in toto wiedergegeben. Graetzer.

genau zu formulieren versucht. Gleichwohl aber werden seine Schwingungen in der Praxis, man kann wohl sagen fast ausnahmslos, bei jeder tiefen Asphyxie angewendet. Dieses schematische und wohl auch kritiklose Verfahren in der Praxis hat einen zweifachen Grund. Der erste ist in den vorzüglichen Erfolgen der Methode, welche in den klinischen Statistiken zum Ausdruck kommen und welche in den Einzelfällen tatsächlich schnell und augenfällig wie bei keinem anderen Verfahren künstliche Atmung erreicht werden, zu suchen. Der zweite liegt in dem meist vergeblichen Bemühen, die von Schultze aufgestellten Gegenindikationen in dem Augenblick, in dem die Wiederbelebung notwendig ist, d. h. gleich nach der Geburt, zu erkennen. Die kritische Würdigung der Gegenanzeigen ist dem Arzte um so schwerer gemacht, als Schultze selbst die Anwendung seiner Schwingungen ohne Zeitverlust unverzüglich vorzunehmen empfiehlt, da mit jeder Minute die Chancen der Lebensrettung geringer werden. Die Tatsache dieser Schwierigkeiten und vergeblichen Bemühungen hat in der Praxis zu dem Resultat geführt, daß Anzeigen und insbesondere Gegenanzeigen zu theoretischer Bedeutung herabgesunken sind und die Schultze'schen Schwingungen allgemein den Ruf eines Wiederbelebungsmittels bekommen haben, das bei jeder tiefen Asphyxie sofort anzuwenden ist. Auch der Streit zwischen Ahlfeld und Schultze, welcher letzterer die Meinung vertritt, daß der Tod infolge von Hirndruck ein Erstickungstod sei, während Ahlfeld beide Zustände streng geschieden wissen will, scheint mir nur theoretische Bedeutung zu haben, weil die Differentialdiagnose bald nach der Geburt meist unmöglich ist. Das Bild des bleichen Scheintodes der Neugeborenen, das gekennzeichnet ist durch Fehlen der Atmung, Blässe der Lippen und der Haut, Schlaffheit des Kopfes und der Gliedmaßen, Herabhängen des Unterkiefers, schwache und seltene Herzaktion, herabgesetzte, schon dem tastenden Finger fühlbare Temperatur im Mund und After, ist aber nicht nur der suffokatorischen Asphyxie eigentümlich. Verletzungen lebenswichtiger innerer Organe mit und ohne Blutung, Gehirnkompensationen, Blutungen innerhalb der Schädelhöhle und des Rückenmarkkanals können unter dem Bilde des bleichen Scheintodes auftreten. In allen diesen Fällen kann genau wie bei der Erstickung durch Verarmung an Sauerstoff das Atemzentrum gelähmt werden. Diese Zustände unmittelbar nach der Geburt zu erkennen, ist meist äußerst schwierig und oft ganz unmöglich. Dies gilt ganz besonders für das Symptomenbild des Hirndruckes und der intrakraniellen Blutungen, deren Einzelercheinung erst einige Zeit nach der Geburt hervorzutreten und meist erst nach ein bis zwei Tagen zur vollen Ausbildung zu kommen pflegen. Ja, das wichtigste Merkmal für die Erhöhung des Druckes innerhalb der

Schädelhöhle, die Pulsverlangsamung, findet sich auch beim Scheintod infolge suffokatorischer Asphyxie. So kommt es, daß die Diagnose Hirndruck unmittelbar nach der Geburt kaum gestellt werden kann. Zumeist ist man daher darauf angewiesen, aus dem Verlauf der Geburt vermutungsweise einen Schluß auf die Ursache der Asphyxie zu ziehen. Lange Geburtsdauer, starkes Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken bei vorzeitigem Fruchtwasserabfluß, operative Eingriffe mittels Zange und Wendung pflegen zwar das Auftreten des Hirndrucks und der inneren Verletzungen zu begünstigen, führen aber ebenso oft zu Hemmungen im fötalen Gaswechsel und zur Gefahr der Erstickung. Auf der anderen Seite kommen selbst schwere Verletzungen des Kindes bei normalen Entbindungen vor. Drucksteigerungen innerhalb der Schädelhöhle durch seröse Ergüsse, Blutansammlungen durch Zerreißen des Gehirnsinus, am häufigsten des Sinus longitudinalis, Schädelimpressionen, Zerreißen der Knochennähte, ja sogar Schädelknochenfrakturen sind beschrieben worden. So hat Hartmann in der Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen, Bd. 41, Heft 1, einen Fall von Fraktur des linken Stirnbeins, Zerreißen der Knochennähte, Verschiebung der Schädelknochen und Kompression der Medulla oblongata unter spontaner Geburt bei engem Becken veröffentlicht. Und Beneke hat Zerreißen des Tentoriums mit starken Blutungen und Kompressionen des verlängerten Rückenmarkes bei ganz normalen Geburten gesehen.¹⁾ (Münchener medizinische Wochenschrift 1911 Nr. 41.) Man sieht also, daß auch die Kenntnis des Hergangs der Geburt nur einen unzuverlässigen Beitrag zur ätiologischen Erforschung der Asphyxie und zur Stellung der Diagnose liefert. Die Verkenntung schwerer, innerer Verletzungen des Neugeborenen, insbesondere aber die des erhöhten Hirndrucks und der intrakraniellen Blutungen, muß um so verhängnisvoller werden, als diese Zustände durch Anwendung der Schultze'schen Schwingungen in unheilvollster Weise beeinflußt werden. Wenn man auch zweifellos zu weit darin gegangen ist, alle möglichen Organverletzungen des Fötus, wie Blutungen in den Bauchorganen, Risse der Leberkapsel, Blutergüsse in Gehirn und Rückenmark, in der Pleurahöhle, Verletzungen der Wirbelsäule, der Schädelknochen, der Schlüsselbeine und der Rippen, den Schultze'schen Schwingungen zur Last zu legen und viele Veröffentlichungen nach Seitz einer strengen Kritik nicht standhalten, so darf es doch anderseits als erwiesen gelten, daß in vielen Fällen, in denen die Asphyxie zwar durch die Schwingungen vorerst behoben worden ist, die Kinder

¹⁾ Anmerkung bei der Korrektur: In Nr. 1 des Zentralblattes für Gynäkologie 1912 beschreibt L. Seitz einen solchen Fall. Nach ihm beruhen die letalen Fälle von Spätasphyxie, wenn Lungenaffektion auszuschließen ist, meist auf Blutungen um die Medulla oblongata.

aber in den nächsten Tagen unter den Erscheinungen des Hirndrucks zugrunde gehen, daß in diesen Fällen die S c h u l t z e 'schen Schwingungen zwar infolge Reizung des Atemzentrums durch Sauerstoffzufuhr einen vorübergehenden Erfolg gebracht, aber am Ende doch den Tod herbeigeführt haben. Manch eines der Kinder würde bei Wahrung absoluter Ruhe die zerebralen Druckerscheinungen, ja selbst die Folgen der intrakraniellen Blutung überwunden haben, wenn nicht infolge Verkennung der Ursache der Asphyxie die S c h u l t z e 'schen Schwingungen angewendet worden wären. In diesen Fällen müssen sie als ein unzweckmäßiges, ja sogar unheilvolles Verfahren bezeichnet werden, das geeignet ist, den Tod zu beschleunigen oder die Ursache seines späteren Eintrittes zu werden. Wohl jeder beschäftigte Geburtshelfer wird solchen Fällen öfter begegnen, wenn er es nicht verabsäumt, das an Asphyxie gestorbene Neugeborene der Sektion zu unterziehen. Ich selbst habe mehrere solcher Fälle zu verzeichnen. Mit seltener Deutlichkeit aber trat dieser Zusammenhang in einem vor fünf Jahren von mir beobachteten Falle hervor. Es handelte sich um eine 32jährige Erstgebärende mit plattrachitischem Becken zweiten Grades (Conj. diag. 10 cm). Nach 48stündiger Wehentätigkeit wurde wegen Puls- und Temperatursteigerung der Mutter und wegen Beschleunigung der kindlichen Herztöne die Zange am fest im Beckeneingang stehenden Kopf angelegt. Mit großer Kraftanstrengung wurde ein 9 Pfund schweres, tief asphyktisches Kind entwickelt. Die Haut und Schleimhäute des Kindes waren blaß, Kopf, Arme und Beine schlaff, Atmung fehlte, Herzätigkeit war stark verlangsamt. Nach Anwendung von Bädern, Uebergießungen und Ausführung von S c h u l t z e 'schen Schwingungen während einer halben Stunde war die Wiederbelebung von Erfolg, Atmung und Herztätigkeit im Gange. Am Nachmittag, drei Stunden nach der Geburt, wird auf dem Kissen des bis dahin schlafenden Kindes ein handtellergroßer Blutfleck entdeckt, welcher, wie sich feststellen läßt, von einer Blutung aus dem linken inneren Ohr herrührt. Diagnose: Schädelbasisfraktur. Therapie: Ruhe, Eisblase, Verbot der üblichen Bäder und Waschungen, Tamponade des Ohres. Am folgenden Tage ist die große Fontanelle stark gespannt, die Herztätigkeit verlangsamt, die Nackenmuskulatur ein wenig steif, das Kind ist unruhig und schreit häufig auf. Am nächsten Tage Nystagmus, klonisch-toxische Krämpfe in den rechtsseitigen Extremitäten, später auch in den linken, Benommenheit, starke Beschleunigung und Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit, Aussetzen der Atmung. Am vierten Tage C h e y n e - S t o k e s 'sches Atmen. Exitus. Sektion ergibt Schädelbasisfraktur: der Knochenbruch sitzt in der mittleren Schädelgrube, geht durch das linke Felsenbein, durch Paukenhöhle und Trommelfell. Ferner sind die Partes condyloideae von der Hinterhautschuppe

abgesprengt. Starker Bluterguß der mittleren Schädelgrube mit Zerreißung der Dura mater, Kompression der linken Hirnhälfte. — In diesem Falle also ist es infolge des starken Mißverhältnisses zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken und der dadurch notwendig gewordenen Zangenoperation zu einem Bruch der Schädelbasis gekommen. Außer dieser vorangegangenen schwierigen Extraktion ist kein Hinweis auf eine innere Verletzung an dem tief asphyktischen Kinde zu beobachten gewesen. Insbesondere ist kein Symptom von Hirndruck oder gar irgend eine Herderscheinung seitens der dem Druck ausgesetzten Gehirnhälfte oder seitens der Nerven der Gehirnbasis zu sehen. Die zur Hebung der Asphyxie eingeleiteten *Schultze'schen* Schwingungen haben zwar zum Ziele geführt, aber zugleich infolge der mit ihnen verbundenen Erschütterungen des Kopfes den Knochenbruch mißhandelt, die Blutung verstärkt und so zweifellos die Katastrophe beschleunigt, wenn nicht gar herbeigeführt; es wäre zweckmäßiger gewesen, in diesem Falle die schonenderen Verfahren der Wiederbelebung zur Anwendung zu bringen. Und es läßt sich die Behauptung nicht zurückweisen, daß das Neugeborene den Schädelbruch und seine Folgen durch sachgemäße Behandlung überwunden hätte. In der Unmöglichkeit der Erkennung dieser Zustände unmittelbar nach der Geburt scheint mir die stärkste Position *Ahlfeld's*¹⁾ bei der Verteidigung seines abwartenden Verfahrens in der Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen zu liegen. *Ahlfeld* verwirft nicht die *Schultze'schen* Schwingungen als unbrauchbar, sondern er bekämpft ihre Anwendung unmittelbar nach der Geburt. Mit Rücksicht auf die Zustände des Neugeborenen, welche nicht sofort erkannt werden können, erscheint eine längere Beobachtungszeit erforderlich. *Ahlfeld* läßt diese nicht etwa untätig vorübergehen, sondern benutzt sie zur Anwendung eines überwarmen Bades (38—40° C.), Reinigung der Mundhöhle und Luftröhre und Anwendung von Hautreizen mannigfacher Art. Diese Beobachtung im Wasserbade gestattet die Entscheidung, ob die Asphyxie schwer oder leicht ist und welche von den mannigfachen Ursachen der Asphyxie zugrunde liegt. Hat die Beobachtung im Wasserbade ergeben, daß man es mit einer tiefen suffokatorischen Asphyxie zu tun hat, so kommen als weitere Wiederbelebungsmitel eingreifendere Verfahren in Betracht: wie Aufhängen des Kindes an den Beinen, Schlagen auf Rücken und Gesäß, Frottieren der ganzen Körperoberfläche, Lufteinblasung und schließlich die *Schultze'schen* Schwingungen. Freilich wird es auch dann noch Fälle genug geben, in denen die Zeit von zehn Minuten — so lange soll nach *Ahlfeld* die Beobachtung im Wasserbade dauern

¹⁾ Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 56 und 68.

— zur Entwicklung der Symptome des Hirndrucks nicht genügt und in denen man nach Ablauf dieser Zeit mit den gröberen Wiederbelebungen, insbesondere mit den *Schultze'schen* Schwingungen, dasselbe Unheil anrichtet, als wenn man, wie *Schultze* es verlangt, sofort oder spätestens eine Minute nach der Geburt mit ihnen begonnen hätte. Nach *Seitz* gehen 3—4% aller Neugeborenen suffokatorisch an den Folgen des Geburtstraumas zugrunde, darunter ein beträchtlicher Teil an Verletzungen des Schädels. Von den innerhalb des ersten Lebensmonats gestorbenen Kindern entfallen nach *Snow* 68,5% auf die erste Lebenswoche, und der größte Teil von ihnen geht an Schädelblutung zugrunde. Von den aus der Asphyxie erweckten und innerhalb der nächsten Tage gestorbenen Kindern geht gleichfalls der größere Teil durch intrakranielle Blutung zugrunde. Sicherlich sind in allen Fällen die künstlichen Atmungsmethoden und ihre verbreitetste, die Schwingungsmethode nach *Schultze*, zur Anwendung gekommen. Ihr Anteil an dem Tode der Neugeborenen ist zahlenmäßiger Berechnung kaum zugänglich. Bedenkt man aber, daß schon bei ganz normalen Geburten häufig kleinere und auch größere submeningeale Extravasate, ja, wie im Vorhergehenden bereits erwähnt, selbst Verletzungen der Schädelknochen, insbesondere oft Fissuren, in der Spaltrichtung des Knochens mit Blutergüssen sich ereignen, so wird man nicht darüber hinwegkommen, daß diese an sich bedeutungslosen Vorkommnisse durch die gewaltsamen Schwingungsmethoden zu katastrophaler Wirkung gesteigert werden können. Die Warnung *Kehrer's* vor Schwingungen nach schweren Zangengeburten kann nicht laut genug wiederholt werden. Die sich häufenden Berichte über Verletzungen im Schädelinnern nach normalen Geburten lassen es angebracht erscheinen, diese Mahnung zur Vorsicht auch auf die spontanen Geburten auszudehnen. Trotz der autoritativen Forderung *Schultze's*, in schweren Fällen mit seinen Schwingungen spätestens eine Minute nach der Geburt zu beginnen, trotz des rigorosen Standpunktes, welchen *Knap* im zweiten Bande seiner hervorragenden Monographie über den Scheintod der Neugeborenen folgendermaßen formuliert: „Will man sich eines Versäumnisses nicht schuldig machen, so muß das Verfahren *Schultze's* in schweren Fällen von vornherein exakt und mit Ausdauer und Geduld geübt werden“, trotzdem, sage ich, wird der Praktiker mit dem *Ahlfeld'schen* Modus besser fahren, indem er mit den leichteren Wiederbelebungsverfahren beginnt und im Falle ihrer Wirkungslosigkeit schrittweise zu den eingreifenderen übergeht. Von allen künstlichen Atmungsmethoden sind die *Schultze'schen* Schwingungen zweifellos die gewaltsamsten. Die große Zahl der Ersatzmethoden beweist, daß man mit ihnen nicht weniger als all-

gemein zufrieden ist. Die Thoraxkompression nach P r o c h o w n i c k , ferner die nach O g a t a sind weit weniger eingreifend und führen oft noch zum Ziele, wenn die Schwingungen nutzlos ausgeführt sind. Ihre Kombination mit Lufteinblasungen in die Trachea, Herzmassage und Zungentraktionen nach L a b o r d e sind von verschiedenen Seiten lebhaft empfohlen worden und leisten auch nach meiner Erfahrung vorzügliche Dienste. Die Sauerstoffinfusion durch die Nabelvene und das von H o e r d e r 1909 veröffentlichte Verfahren der Wiederbelebung mit dem Ueberdruckapparat haben bisher eine umfangreiche Prüfung nicht erfahren und kommen wegen der Umständlichkeit für den Praktiker vorerst nicht in Betracht. Sind schon die S c h u l t z e - schen Schwingungen in den Händen des Arztes wegen der Schwierigkeit der ätiologischen Differentialdiagnose der Asphyxie ein recht zweischneidiges Mittel, so gilt das naturgemäß für die Hebammen in weit höherem Grade. In allen Bundesstaaten des deutschen Reiches besteht für die Hebammen die Verpflichtung, an asphyktischen Kindern Wiederbelebungsversuche zu machen. Die Unterlassung gilt als Fahrlässigkeit und ist unter Strafe gestellt. Als Wiederbelebungs- methode aber ist in den meisten Hebammenlehrbüchern das S c h u l t z e 'sche Schwingungsverfahren empfohlen, eingehend dargestellt und durch Abbildungen erläutert. Wie viele von den als „totgeboren“ gemeldeten und wie viele von den in der ersten Woche zugrunde gegangenen Kindern mögen an dem Wiederbelebungs- verfahren gestorben sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 10.)

Syphilis.

Die Syphilis im Berufe. Von Regierungsrat Prof. Dr. M. v. Zeissl (Wien). Verfasser schreibt: „Es ist genügend bekannt, daß der syphilitische Primäraffekt nicht immer an den äußeren Genitalien des Mannes oder des Weibes sitzen muß, sondern daß er durch einen unglücklichen Zufall, durch den Gebrauch syphilitisch verunreinigter Instrumente oder Eßwerkzeuge auch an anderen Körperstellen entstehen kann. Hier zeige ich eine Reihe von derartigen Fällen. Der erste Fall betrifft eine Hebamme, die im Wiener Findelhause im Jahre 1855 ein hereditär-syphilitisches Kind badete. An der dorsalen Seite des rechten Zeigefingers war ein syphilitischer Primäraffekt. Bei der betreffenden Person waren die Lymphknoten in der Ellbogenbeuge und in der Achselhöhle geschwellt. Es ist interessant, daß in der Regel bei derartigen extragenitalen Infektionen an der Seite, wo der Affekt sitzt, mehr Effloreszenzen auftreten, als auf der anderen. — Der zweite Fall betrifft eine Wärterin, die an der Abteilung H. v. Zeissl's vom Jahre 1868—74 im Dienste stand. Trotz aller Ermahnungen war sie nicht davon abzu-

bringen, die zur Sondierung bei Syphilis verwendeten Sonden in ihr Haar zu stecken. Einmal verletzte sie sich an der rechten Wange und man fand außerdem an der rechten Seite entsprechend dem Rande des rechten Unterkiefers einen geschwellten Lymphknoten. — Außer diesen beiden Wartefrauen sah ich sieben Aerzte, die sich Syphilis bei Operationen oder Entbindungen zuzogen. Eine eigentümliche und traurige Tatsache ist es, daß die Lues bei solchen Patienten, die sie sich unglücklicherweise auf extragenitalem Wege zuziehen, in der Regel einen schweren Verlauf nimmt. Von diesen sieben Aerzten erkrankten drei an Gehirnsyphilis, an der sie zugrunde gingen, drei genasen, und einer verlor die Endphalange des Mittelfingers. Merkwürdig ist, daß einer der Aerzte sich die ersten zwei Jahre nach der Infektion gar nicht behandelte, während ein anderer sofort nach der Infektion eine geradezu unvernünftig energische Hg-Kur einleitete. Sowohl der Arzt, der sich nur exspektativ behandelte, wie auch der, der die gewaltige Hg-Kur anwendete, und der dritte, der eine mittelstarke Hg-Kur ausführte, gingen an Gehirnsyphilis zugrunde. — Eine der häufigsten Ursachen der Syphilisverbreitung ist die Infektion der Prostituierten. Bekanntlich ist der einst von M r a c e k mitgeteilte Fall, wo eine Prostituierte einen Mann hinter dem Ohr küßte und an der Kußstelle ein syphilitischer Primäraffekt mit nachfolgenden Allgemeinerscheinungen entstand. Daß die Prostituierten außerordentlich häufig von Syphilis befallen werden und daß durch sie sehr oft die Lues auf andere Individuen übertragen wird, ist ja genügend klar. Man kann annehmen, daß wenigstens 80% der Prostituierten von Syphilis befallen werden, und sogar diese Zahl dürfte noch zu niedrig gegriffen sein, da es Autoren gibt, die behaupten, daß alle Prostituierten Lues durchmachen. Auf jeden Fall dürfte es jetzt angezeigt sein, bei jeder Prostituierten die W a s s e r m a n n'sche Reaktion vorzunehmen, um sich darüber klar zu werden, ob die Person noch imstande ist, die Syphilis auf ein mit ihr geschlechtlich verkehrendes Individuum zu übertragen, oder ob durch die an ihr vorgenommene Kur die Syphilis geheilt wurde. Auf alle Fälle wird man, wie schon oben angedeutet, an jeder Prostituierten, wenn auch keine Allgemeinerscheinungen mehr an ihr zu sehen sind, die W a s s e r m a n n'sche Blutprobe vornehmen müssen. Auch ist es gewiß an der Zeit, an der Person durch zwei bis drei Monate jeden zweiten Monat die Blutprobe vorzunehmen und erst dann, wenn dieselbe durch ein bis zwei Jahre negativ ist, die Prostituierte wieder zu inskribieren. Mit gleicher Vorsicht muß man vorgehen, wenn man den Ehekonsens gibt; nur dann, wenn das betreffende männliche Individuum durch ein bis zwei Jahre negativen W a s s e r m a n n ergeben hat, darf man ihm das Eingehen der Ehe gestatten. Wie vorsichtig man in dieser Beziehung sein muß,

zeigen zwei Fälle, die ich selbst beobachtet habe. Ein 20jähriger Mann infizierte sich 1895 mit Lues, und obgleich er keinerlei Zeichen von Lues an ihm beobachtet wurden, unterzog er sich jedes Jahr bis 1905 einer Hg- und J-Kur. Da er im Jahre 1905 noch kein Zeichen von Lues zeigte, wurde ihm im Juni 1905 die Ehe gestattet. Vom 1. Juni 1905 bis zum 11. Februar 1906, dem Tage der Hochzeit, wurden ihm andauernd Hg., Zittmann und Jod verabreicht. Am 1. März 1906 teilte er mir mit, daß seine Frau ein Infiltrat am linken kleinen Labium besitze und er an seinem Penis seit dem 26. Februar eine Reihe von Papeln bemerkt habe. Ich ließ das Ehepaar nach Wien zurückkommen und fand an dem Manne Papeln an der unteren Fläche des Penis und an der Mundschleimhaut. Bei der Frau bestand, als ich sie am 6. März untersuchte, am linken kleinen Labium ein syphilitischer Primäraffekt und in beiden Leistenbeugen Lymphdrüenschwellungen. Die Periode war seit dem ersten Coitus ausgeblieben. Ich ließ die Frau, als anfangs Juni 1906 ein makulöses Syphilid auftrat, eine energische Hg- und J-Kur ausführen. Am 21. November 1907 gebär sie einen kräftigen, gesunden Knaben, der bis zum heutigen Tage keinerlei Erscheinungen von Syphilis zeigte. Im März 1908 wurde die Frau zum zweiten Male gravid und gebär am 23. Dezember 1908 abermals einen gesunden Knaben, der bis heute sich kräftig entwickelte und keinerlei Erscheinungen von Syphilis zeigte. Bei der Mutter und den Kindern wurde aus äußeren Gründen die Wassermann'sche Reaktion nicht gemacht. Die Kinder wurden künstlich ernährt, da die Mutter nicht genügend Milch produzierte. — Ein zweiter Fall betraf einen Mann, der sich in Wien in einer eleganten Rasierstube seinen Bart abnehmen ließ. Wenige Wochen nachher entstand an der linken Wange über dem ersten Backenzahn ein Primäraffekt, dem ein allgemeines Exanthem und Papeln an der linken Conj. bulbi folgten. Unter energischer Jod- und Hg-Kur stellte sich langsam Heilung ein. Seit 1910, seitdem wir im Besitze des Salvarsans sind, haben sich die therapeutischen Verhältnisse wesentlich gebessert, indem es mir in einer großen Anzahl von Fällen gelang zu bewirken, daß mit Syphilis behaftete gravide Frauen gesunde Kinder gebären. Ich konnte durch meine Erfahrungen feststellen, daß nach Salvarsaninjektionen eher gesunde Kinder geboren wurden, als wenn man die Frauen einer Hg-Kur unterzog. Des weiteren hat sich ergeben, daß unter den 294 Luetikern, die ich mit Salvarsan behandelte, sich 22 Patienten befanden, welche in die Behandlung traten, als sie nur den Primäraffekt und idolente Bubonen zeigten. Diese 22 Patienten erhielten 0,6 g einer monaziden Lösung intramuskulär injiziert. Bei ihnen zeigten sich bis zum heutigen Tage keine Allgemeinerscheinungen, und die W a s -

sermann'sche Reaktion, die alle zwei Monate vorgenommen wird, ist negativ.“ (Wiener med. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Zur Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan. Von Oberstabsarzt a. D. Dr. Stroscher (Bautzen). Als eine sehr wirksame Kur möchte Verfasser für die Praxis empfehlen drei bis vier in wöchentlichen Abständen folgende intravenöse Infusionen von 0,6 Neosalvarsan bei Männern, von 0,45 bei Frauen und im Anschluß hieran zehn bis zwölf Hydrargyrum salicylicum-Injektionen zu 0,1, die für gewöhnlich sehr gut vertragen werden. Durch die kleineren wiederholt gegebenen Neosalvarsaninjektionen wird das Gros der Spirochäten abgetötet und gewissermaßen eine „fraktionierte Sterilisation“ im bakteriologischen Sinne herbeigeführt, während durch die nachfolgende Hg-Kur die etwaigen letzten Reste der Krankheit in den schwerer zugänglichen Krankheitsherden vernichtet werden sollen. Die Behandlung muß natürlich individualisierend sein, und es wird eine derartige mit dem Hg kombinierte Neosalvarsankur im Sinne der chronisch intermittierenden Behandlung nach Fournier-Neisser von Zeit zu Zeit wiederholt werden müssen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Thrombosen.

Zur Frage der prämonitorischen Symptome der Thrombose bzw. Embolien. Von Dr. F. Kraemer (Frankfurt a. M.). Verfasser stellt folgende Sätze auf:

1. Vor jeder Operation bzw. jeder Entbindung sollen uns womöglich der dem Patienten bzw. der Schwangeren eigene Puls und ebenso die Temperatur bekannt sein.

2. Puls und Temperatur sind vom ersten Tage nach der Operation resp. nach der Entbindung exakt mindestens zweimal, möglichst unter Kontrolle des Arztes aufzuzeichnen.

3. Subfebrile Temperaturen und vermehrte Pulszahl, bzw. allmählicher Pulsanstieg bei afebriler oder subfebriler Temperatur, sollen die Gefahr einer beginnenden Thrombose bzw. Embolie erwägen lassen, wenn diese Symptome sich nicht anderweitig, z. B. durch lokale entzündliche Prozesse, erklären lassen.

4. Subfebrile Temperatur an und für sich, vermehrte Pulszahl bzw. allmählicher Pulsanstieg bei afebriler resp. subfebriler Temperatur sind eine strenge Kontraindikation für das Frühaufstehen, selbst Aufsitzenlassen kann tödliche Embolie zur Folge haben.

5. Auch subjektive Symptome, speziell heftige Kopfschmerzen, unruhige Nächte, Winckel's gastrische Beschwerden, plötzliches Seitenstechen, ziehende Schmerzen in den unteren Extremitäten bzw.

Schmerz unter dem P o u p a r t'schen Band, der V. femoralis entsprechend, große Mattigkeit können, besonders aber in Verbindung mit Nr. 3, von Bedeutung sein und müssen beachtet werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 28.)

Tuberkulose.

Zur Bewertung der Guajakose. Von Dr. J. Daniel (Berlin). Es lag der Gedanke nahe, die roborierende mit der spezifischen Therapie zu verbinden, d. h. ein Mittel herzustellen, das einerseits reich an assimilierbarem Eiweiß, zugleich auch die antifermentative und antiseptische Wirkung der Guajakolpräparate besitzt. Ein solches Mittel bringen die Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. unter dem Namen „Guajakose“ in den Handel. Aufmerksam gemacht durch zahlreiche Arbeiten hat Verfasser selbst damit einige Versuche angestellt, die recht günstige Resultate ergaben. Ohne auf die Krankengeschichten im einzelnen einzugehen, bemerkt Verfasser nur, daß er im ganzen mit dem Mittel 43 Patienten behandelt habe. Es befanden sich darunter sowohl leichte, wie mittelschwere, wie auch ganz vorgeschrittene Fälle. Es kam zunächst darauf an, festzustellen, wie das Mittel überhaupt vertragen wurde, wie es auf die Eßlust wirkte, und wie die spezifisch tuberkulösen Krankheitssymptome beeinflußt wurden. Bis auf zwei Fälle, bei denen sich Durchfall einstellte, haben alle Patienten das Mittel ausnahmslos gut vertragen. Der Appetit steigerte sich bei allen, wie dies spontan von jedem Patienten berichtet wurde. Dementsprechend hob sich auch das Körpergewicht bis zu 6 Pfund im Monat. Die spezifische Wirkung zeigte sich vor allem im allgemeinen in einem Nachlassen des Hustens, in leichterem Herausbringen des Auswurfs, in einem Nachlassen des Nachtschweißes und des Fiebers. In einem Falle, in dem hartnäckige Diarrhöen bestanden, die bisher allen Mitteln widerstanden, trat auch ein Rückgang der Durchfälle auf. Mit dem Nachlassen dieser Erscheinungen besserte sich auch das psychische Befinden, die Stimmung wurde gehobener, und die Arbeitslust steigerte sich. Ausnahmslos selbst in den schweren, hoffnungslosen Fällen hat Verfasser ein Nachlassen der objektiven wie subjektiven Erscheinungen beobachten können. Leider stellt sich der allgemeinen Verwendung, besonders in den ärmeren Volksschichten, noch der etwas hohe Preis entgegen. Sonst aber kann Verfasser die Guajakose als eine durchaus wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes in der medikamentösen Behandlung der Tuberkulose empfehlen, zumal auch eine mehrmonatige Anwendung keinerlei schädliche Nebenwirkung hervorruft.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Jodtherapie bei Lungentuberkulose. Von Dr. Nieveling (Lippspringe). Ein Teil der Erfolge, die Verfasser mittels systematisch durchgeführter Jodbehandlung bei Lungentuberkulose hatte, ist jedenfalls auf unbekannte Ursachen zurückzuführen, vielleicht auf „innere Desinfektion“. In vielen Fällen konnte Verfasser konstatieren, daß ein Teil der Symptome: Fieber, Nachtschweiß, Kurzatmigkeit, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, sich bei Joddarreichung rasch besserten. Das Ideal einer chronischen Jodkur ist nun, daß Massenangriffe und unangenehme Nebenwirkungen möglichst vermieden werden. Verfasser verwendete deswegen das jodierte Pflanzenweiß, Jodglidine, dessen Jod allmählicher und gleichmäßiger zur Resorption gelangt, als das der Jodalkalien, bei deren Darreichung Jod schon nach wenigen Minuten im Harn nachgewiesen werden kann. Mit Rücksicht auf die körperlich oft schon recht heruntergekommenen Lungenkranken benutzt Verfasser seit mehr als vier Jahren bei der Behandlung von Lungentuberkulose das erwähnte Präparat, das von den Patienten gern genommen wird und gut und ohne Nebenwirkungen vertragen wurde. Es ist selbstverständlich, daß Jod kein Heilmittel bei schwerer Lungenschwindsucht sein kann und auch Heilstätten und Kurorte nicht ersetzen kann. Verfasser hat sich aber überzeugt, daß im allgemeinen Jod bei der häuslichen und ambulanten Behandlung der Lungentuberkulose mehr leistet als Kreosot und seine Abkömmlinge. Verfasser würde sich freuen, wenn die günstigen Ergebnisse, die er hauptsächlich im ersten und zweiten Stadium der Lungentuberkulose mit Joddarreichung gesehen hat, Veranlassung geben würden, daß weitere Versuche mit dem sehr gleichmäßig wirkenden Jodglidine bei Lungentuberkulose gemacht werden. Verfasser hat den Eindruck gewonnen, daß die chronische Jodtherapie den Krankheitsprozeß jahrelang aufhalten und latent gestalten kann, und er hat in vielen bakteriologisch untersuchten Fällen gesehen, daß bei Joddarreichung unter Fehlen jeder anderen Therapie die Tuberkulosebazillen teils an Zahl abnahmen, teils ganz verschwanden. Seine Beobachtungen über Jodbehandlung bei Lungentuberkulose kann Verfasser kurz in folgendem zusammenfassen:

1. Wirkt Jod in fast allen Fällen kräftig expektorierend; der vordem zähe Schleim wird leichter flüssig und kann leichter entleert werden.

2. Wird die bei Tuberkulose in den meisten Fällen vorhandene Kurzatmigkeit in überaus günstiger Weise durch Jod beeinflusst.

3. Wird die Herztätigkeit kräftiger und das Herzklopfen, das wir bei Tuberkulösen oft antreffen, wird in vielen Fällen beseitigt.

4. Eine Einwirkung auf Fieber im Verlaufe der Lungentuberkulose konnte Verfasser von Jod nicht feststellen. In derartigen Fällen versagte die Jodbehandlung vollständig.

5. Scheint Jod die Vernarbung und Induration tuberkulöser Lungenherde günstig zu beeinflussen, zum mindesten aber den Zerfall tuberkulösen Gewebes zu verzögern.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Beiträge zur medikamentösen Therapie der Tuberkulose. Von Dr. A. Hecht (Beuthen o. S.). Empfehlung folgender Medikation:

Rp. Chinin. cinnamyl.	5,0,
[s. Thiocol „Roche“	10,0],
Helenin (Merck)	2,5,
Na. arsenicos.	0,1—0,15,
Extr. Strychni	1,0—1,5.

Mf. pil. No. 100.

S. dreimal täglich zwei Pillen nach dem Essen zu nehmen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Ueber Anwendung des Tuberkulins durch den praktischen Arzt. Von Dr. G. Vieten (Schluß aus Nr. 5). Bevor die Technik der Injektionen und die bei einer Tuberkulinkur weiter zu beobachtenden therapeutischen und diätetischen Vorschriften einer besondern Besprechung unterzogen werden, möchte ich zunächst noch kurz angeben, wie man sich die Wirkung des Tuberkulins im Körper vorzustellen hat, und wie eine Besserung bzw. Heilung des erkrankten Organes hervorgerufen wird. Die im Anfang dem Tuberkulin supponierte Wirkung einer vollkommenen Immunisierung gegen Tuberkulose, in dem Sinne wie die Kuhpockenimpfung immun gegen Blattern macht, ist längst widerlegt. Auch spielt es nicht die Rolle wie das Serum bei Bekämpfung der Diphtherie und ist außerstande, eine Tötung der Tuberkelbazillen im Körper zu bewirken. Die Wirkung des Tuberkulins auf den tuberkulösen Organismus ist u. a. zuerst von Wassermann und Bruck experimentell festgestellt worden. Ausgehend von der Tatsache, daß bei Tuberkulösen nach Injektion einer gewissen, individuell verschiedenen Menge Tuberkulin im Körper eine allgemeine Reaktion, die sich vor allem in einer Temperatursteigerung äußert, und eine lokale auftritt, die eine Anhäufung von Lymphozyten in dem erkrankten Organe und eine sekundäre Einschmelzung und Erweichung des Krankheitsherdes bewirkt, untersuchten sie zunächst das erkrankte Organ selbst und fanden, daß dasselbe kleine Mengen von Tuberkulin aus der Blutbahn in sich aufzunehmen und zu binden imstande ist. Dies sei aber nur dann möglich, wenn in dem tuberkulösen Herd ein Antikörper vorhanden wäre, der das Tuberkulin an sich zieht. Diesen Antikörper, Anti-tuberkulin genannt, haben Wassermann und Bruck auch in den erkrankten Organen nachgewiesen. Durch die fortgesetzten

Tuberkulininjektionen wird nun immer neues Antituberkulin erzeugt, das bei einer Ueberproduktion auch in die Blutbahn übergeht. Trifft nun das Antituberkulin mit dem injizierten Tuberkulin in der Blutbahn zusammen, so bindet es sich dort mit ihm und verhindert die weitere Ansammlung in dem tuberkulös erkrankten Organe. Geschieht dies, so ist eine Abstumpfung des Kranken gegen Tuberkulin eingetreten. Eine Heilung oder Besserung ist aber nur dann zu erwarten, wenn diese Bindung von Tuberkulin und Antituberkulin in dem erkrankten Organe selbst vor sich geht. Diese Heilung wird nach Angabe der Forscher dadurch bewirkt, daß durch die Vereinigung des Tuberkulins mit dem Antituberkulin die im Blute vorhandenen, eiweißverdauenden Substanzen in dem tuberkulösen Organe aufgespeichert werden. Dadurch wird eine Durchtränkung und kleinzellige Infiltration dieses Organes bewirkt, denen allmählich eine Erweichung und Einschmelzung folgen. Die bei diesem Prozesse entstehenden Verdauungsprodukte sollen nach Angabe der Forscher resorbiert werden, wodurch das bei der Injektion von Tuberkulin auftretende Fieber entsteht. Diese durch eingehende Versuche festgestellten Vorgänge bei der Heilung der Tuberkulose durch Tuberkulin sind von anderen geprüft und bestätigt worden. Sahli tritt nur dafür ein, daß die „Steigerung der Fähigkeit des Körpers, Antikörper gegen das Tuberkulosegift zu erzeugen, ohne jede sogenannte Reaktion erfolgen müsse“. Er bekämpft die allgemein vertretene Ansicht, daß dieser Heilungsprozeß nur unter Temperatursteigerung erfolgen könne, wie es aus den eben angeführten Untersuchungsergebnissen von Wassermann und Bruck ersichtlich ist. Nach Sahli's Ansicht ist eine Heilung auch ohne sogenannte Reaktion wohl möglich, wenn man dem Körper ganz allmählich die zur Erzeugung hinreichender Antikörper notwendige Menge Tuberkulin einverleibt. Wie dies zu erreichen ist, lehren uns die vielen Versuche und Erfahrungen, die man bei der Verwendung des Tuberkulins gemacht hat. Während man anfangs glaubte, mit hohen Dosen Tuberkulin heftige Reaktionen hervorrufen zu müssen, um Heilung zu erzielen, hat man jetzt gelernt, auch ohne jegliche Reaktion mit den oft im Gefolge erscheinenden mehr oder weniger heftigen Schädigungen des Körpers, das gewünschte Ziel zu erreichen. Jetzt weiß man, daß man mit den kleinsten Dosen beginnen muß und langsam steigend so lange Tuberkulinlösung injiziert, bis die für den Körper unschädliche Maximaldosis gefunden ist, die individuell sehr verschieden und oft nach Monaten, selbst nach Jahren erst erreicht ist. Dieser Methode habe auch ich mich angeschlossen, und in fast allen Fällen gute Erfolge damit gehabt. Die Lösungen des Alttuberkulins lasse ich mir frisch vom Apotheker herstellen. Man kann sie sich auch selbst kurz vor dem Gebrauch fertig machen, was neben dem

Vorzug der Billigkeit noch den Vorteil hat, daß dieselbe stets frisch und zur Injektion einwandfrei ist. Jede Trübung der Lösung, die oft schon nach wenigen Tagen eintritt, macht dieselbe unbrauchbar. Die Lösungen werden hergestellt, indem man mittels einer graduier-ten Tropfpipette von der konzentrierten, im Handel befindlichen Alttuberkulinlösung, die am kühlen und dunkeln Ort aufbewahrt, unbegrenzt haltbar ist, durch Hinzusetzen einer entsprechenden Menge 0,5%igen Karbolwassers eine Maximallösung herstellt, von der man nach dem Prinzip der homöopathischen Teilung alle Lösungen durch weitere Verdünnung der vorhergehenden erlangen kann. Andere haben sich einige Stammlösungen bereitet und regulieren die einzelnen Einspritzungsdosen nach Teilstrichen der graduierten Spritze. Bevor man nun die Injektionen beginnt, werden die Kranken zunächst einer genauen Untersuchung unterzogen, um alle für eine Kur ungeeigneten Fälle auszuschließen. Man unterlasse nicht, auch den Urin auf Eiweiß und Zucker zu untersuchen. Drei Tage vor der ersten Injektion werden die Kranken morgens und abends gemessen, was ich dieselben nach entsprechender Unterweisung selbst besorgen lasse. Die Körpertemperatur wird auf einem mitgegebenen Zettel notiert. Die Injektionen müssen morgens gemacht werden, um eine eventuelle Steigerung der Temperatur, die am Abend ja an und für sich leicht einzutreten pflegt, feststellen zu können. Als Anfangs-dosis nehme ich bei leichten Erkrankungen der Lunge, wenn der Prozeß nur die Lungenspitze ergriffen hat, $\frac{1}{10}$ mg Alttuberkulin. Bei vorgeschrittener Tuberkulose tut man gut, mit einer noch gerin-geren Dosis, etwa $\frac{1}{100}$ mg zu beginnen. Jedesmal um $\frac{1}{10}$ mg steigend, wiederhole ich die Einspritzungen in Abständen von zwei bis drei Tagen unter ständiger Kontrolle der Körpertemperatur und vor allem des Allgemeinbefindens. Tritt einmal, was nach Möglichkeit zu ver-meiden ist, nach einer Reihe von Injektionen eine kleine Reaktion auf, die sich in einer leichten Temperatursteigerung, Kopfschmerzen und allgemeiner Mattigkeit, lokal in einer Rötung und geringen Schwell-ung der Injektionsstelle äußert, so setzt man mit den Injektionen bis zum Abklingen der Reaktion aus, um dann mit der nächst vorher-gehenden Dosis fortzufahren. Nach einiger Zeit steigert man wieder die Dosis, größere Reaktionen sorgfältig vermeidend, und so kann man bei entsprechender Länge der Kur dem Körper bis 100 mg Alttuber-kulin einverleiben. Von ausschlaggebender Bedeutung für den Erfolg einer Tuberkulinkur ist auch ihre Dauer. Es ist für eine Heilung durchaus unzureichend, nach mehrwöchigen Injektionen, wenn viel-leicht eine geringe Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten ist, die Kur abubrechen. Selbst für die leichtesten Fälle halte ich eine Tuberkulinbehandlung von wenigstens $\frac{1}{4}$ Jahre für erforderlich, um nur die Möglichkeit eines bleibenden Erfolges zu haben. Eine Kur

kann nur dann als erfolgreich bezeichnet und beendet werden, wenn neben einer wesentlichen Besserung des subjektiven Befindens der Kranken der objektive Untersuchungsbefund bei leichter Erkrankung einen vollkommen normalen Zustand, bei vorgeschrittener wenigstens keine nennenswerten Krankheitssymptome mehr ergibt. Da durch die manchmal viele Monate dauernde Behandlung die Geduld mancher Kranken auf eine harte Probe gestellt wird, so ist es ratsam, sie auf die Länge derselben aufmerksam zu machen und nur dann die Kur zu beginnen, wenn sie die Vollendung ganz in das Ermessen des Arztes stellen. Zur Technik der Injektion ist zunächst zu bemerken, daß sie unter strenger Beobachtung der Asepsis und Antisepsis zu geschehen hat. Nach vorheriger Selbstdesinfektion reibt der Arzt die Injektionsstelle gründlich mit Aether und dann mit absolutem Alkohol ab. Um ganz sicher zu gehen, pinsele er sie noch mit Jodtinktur ein. Als Injektionsstelle bevorzuge ich die Interskapulargegend, abwechselnd die rechte und linke Seite. Zur Injektion benutze ich eine 1 ccm fassende graduierte Rekordspritze, die einmal ausgekocht und dann in absolutem Alkohol aufbewahrt wird. Dadurch ist sie ständig gebrauchsfertig, ohne daß man durch jedesmaliges Auskochen immer wieder Zeit verliert. Die Einspritzungen müssen subkutan, nicht etwa intramuskulär oder direkt unter die Epidermis gemacht werden, weil man beobachtet hat, daß gerade die epidermalen Injektionen häufiger und stärkere lokale Reizung hervorrufen. Nach der Injektion kann man die Einstichstelle mit einem Streifen steriler Gaze und Leukoplast oder mit etwas Jodoformkollodium verschließen. Haben die Tuberkulininjektionen vor allem den Zweck, heilend oder bessernd auf das erkrankte Organ selbst einzuwirken, so muß man durch besondere diätetische Maßnahmen das Allgemeinbefinden zu kräftigen suchen. Auch bedürfen die subjektiven Beschwerden der Kranken, wie quälender Hustenreiz, Seitenstechen usw. einer geeigneten Behandlung. Denn gerade die Verbindung von Tuberkulineinspritzungen mit diätetischen und anderen therapeutischen Maßnahmen ist geeignet, den Erfolg einer Kur zu sichern. Den besten Erfolg versprechen sich viele durch eine Tuberkulinkur in einer Lungenheilstätte. Unzweifelhaft wird die vorzügliche Behandlungsweise unserer Lungenheilstätten eine Tuberkulinkur weit besser fördern, als irgend eine andere Maßnahme. Doch bei der immens großen Zahl der Lungenkranken gegenüber der verhältnismäßig geringen Zahl von Heilstätten wird es den wenigsten vergönnt sein, die Segnungen einer solchen zu genießen. Auch sind wohl die meisten durch die Not des Lebens gezwungen, ihrer Arbeit und ihrem Berufe nachzugehen. Für diese kommt es nun darauf an, Mittel und Wege zu finden, auf denen sie bei einer ambulanten Tuberkulinbehandlung zu einer Allgemeinkräftigung und somit zu der

gewünschten Heilung gelangen können. Um eine sichtbare Kontrolle über die Zunahme der Körperkräfte zu haben, stelle ich vor Beginn der Kur das Gewicht der Kranken fest, das ich dann alle zehn Tage bei der gleichen Kleidung der Kranken prüfe. Neben einer allgemeinen kräftigen Ernährung verordne ich reichliches Trinken von Milch während der ganzen Dauer der Kur. Doch da manche Kranke leicht eine Abneigung gegen das Trinken reiner Milch bekommen, so lasse ich sie diese in verschiedener Form zubereitet zu sich nehmen. Außer Milchsuppen und Puddings hat sich mir vor allem die Kefirmilch bewährt, die durch einen Gährungsprozeß mit den Kefirpilzen gewonnen wird. Sie hat neben einem angenehm säuerlichen Geschmack den Vorzug einer guten Bekömmlichkeit, ohne Verminderung des Nährwertes. Als Ersatz für die natürlichen Kefirpilze, die hier zwar viel gezüchtet werden, sonst wohl selten zu erhalten sind, dienen die Kefirpastillen, die denselben Gährungsprozeß der Milch bewirken und in den Apotheken zu erhalten sind. Von dieser Kefirmilch verordne man täglich wenigstens einen Liter, bei oder nach dem Essen zu trinken. Die übrige Ernährungsweise des Kranken richtet sich nach den Verhältnissen und der körperlichen Konstitution derselben und dürfte wohl leicht in entsprechender Weise von jedem Arzte geregelt werden. Um die Kranken abzuhärten und so vor häufigen Erkältungen zu schützen, verordne man neben kalten Duschen täglich kalte Waschungen von Brust und Rücken, die am besten morgens gleich nach dem Aufstehen vorgenommen werden. Zur Bekämpfung von Schmerzen und des quälenden Hustenreizes dienen die bekannten Sedativa. Neben Morphinum, dessen Verwendung wegen der Gefahr der Gewöhnung namentlich bei Lungenkranken möglichst einzuschränken ist, gebe man Codein. phosphor., etwa 0,5 auf aq. amygd. amar. ad 20,0, dreimal täglich 20 Tropfen oder Dionin 0,15 auf 15,0 aq. dest., die beide zum gewünschten Ziele führen und von den Kranken längere Zeit in diesen Dosen schadlos genommen werden können. Wenn auch neben diesen diätetischen und therapeutischen Maßnahmen, die hauptsächlich zur allgemeinen Kräftigung der Kranken und zur Linderung ihrer Beschwerden dienen, fast täglich neue Medikamente in den Handel kommen, die als Spezifika bei der Heilung der Tuberkulose gepriesen werden, so hat doch keines von allen diesen Mitteln bisher die Rolle bei der Heilung der Tuberkulose gespielt, wie das Tuberkulin. In dem Tuberkulin hat der Arzt ein wirksames Mittel, mit dem er erfolgreich gegen diese verheerende Volksseuche vorgehen kann, und von dem allein erwiesen ist, daß es vielen Menschen die langersehnte Heilung von ihrem sonst todbringenden Leiden verschafft hat. Darum sollte gerade der praktische Arzt, dem doch fast täglich die Tuberkulose begegnet, weit-

gehenden Gebrauch von Tuberkulin machen, zumal wenn es sich um die Anfangsstadien der Erkrankung handelt.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1912 Nr. 13.)

Typhus.

Ueber Typhusverbreitung. Von Oberarzt Dr. G. Brückner, kommandiert zum Reichskommissar für die Typhusbekämpfung in Saarbrücken. Seine Erfahrungen faßt Autor wie folgt zusammen:

1. Die Koch'sche Lehre, daß der Bazillen ausscheidende Mensch (Kranker oder Bazillenträger) die alleinige Quelle des Typhus ist, erhält durch die Zusammenstellung der Epidemiegruppen vollste Bestätigung.

2. Bei der Weiterverbreitung des Typhus ist das Charakteristische Unsauberkeit und Schmutz in der Umgebung Typhuskranker und Bazillenträger.

3. Hierdurch wird aber nicht nur die nähere Umgebung Typhuskranker gefährdet, sondern auch weitere Kreise kommen in Gefahr der Ansteckung, besonders dann, wenn die Typhuskeime in einem Nahrungsmittelbetrieb Verbreitung finden. Da die von Lebensmittelbetrieben ausgehenden Infektionen die größte Bedeutung für die Typhusverbreitung haben, kann der Typhus geradezu als eine Lebensmittel-Infektionskrankheit bezeichnet werden.

4. Die Kontaktinfektion, sofern unter Kontakt die Ansteckung durch direkte Berührung von Person zu Person verstanden wird, spielt in der Verbreitung des Typhus nicht die entscheidende Rolle. Die zu weit gehende Anwendung des sogenannten „indirekten Kontaktes“ aber ist der Erkenntnis der Typhusverbreitung nicht förderlich, da besonders die Verquickung von indirektem und direktem Kontakt zu Unklarheiten und falschen Schlußfolgerungen in Theorie und Praxis führt.

5. Vernichtung des Krankheitskeimes in Stuhl und Urin durch gründliche Desinfektion bleibt der oberste Grundsatz der Bekämpfung des Typhus, unterstützt durch Hebung des Reinlichkeitssinnes, durch Verbesserung allgemeiner hygienischer Mißstände und besonders durch strenge Kontrolle aller Nahrungsmittelbetriebe. Die Quelle aller Typhusentstehung zum Versiegen zu bringen, wird freilich erst möglich sein, wenn ein Mittel zur Heilung der Bazillenträger gefunden sein wird.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 32.)

Ueber das Vorkommen der Typhusbazillen in der Mundhöhle bei Typhuskranken. Von Dr. B. Purjesz und Dr. Perl (Aus der Klinik für interne Medizin der königl. ungar. Franz Joseph-Universität zu Kolozsvár). Bei an Abdominaltyphus Leiden-

den kommen am weichen Gaumen, auf der Zunge und auf den Tonsillen Geschwüre vor, die mit den in den Gedärmen vorkommenden Veränderungen gleiche Eigenschaften zeigen, sowohl in der Form, als wie in bezug auf die Heilung. Es ist der Versuch gemacht worden, in den in der Mundhöhle vorkommenden verschiedenen Geschwüren, sowie auch in den so häufigen periostalen Abszessen Typhusbazillen nachzuweisen. So gelang es B e n d i x und B i c k e l, M y a, B l u m, in den meisten Fällen die Typhusbazillen dort rein zu züchten, wo auf den Tonsillen tiefere Veränderungen vorhanden waren, während bei diffuser Rötung oder Desquamation die diesbezüglichen Versuche zu keinem Erfolge führten. Aus dem Belag der Tonsillen und der Zunge züchteten in mehr als der Hälfte der Fälle M a n i c a t i d e und v. D r i g a l s k i die Bazillen rein, während bei den Versuchen von K a t h e die Typhusbazillen unter 40 Fällen nur einmal nachweisbar waren, in 32 Fällen von G a e t h g e n s nur zweimal. Bisher hat die Reinzüchtung ausschließlich nur im febrilen Stadium des Typhus von den Tonsillen und vom Belag der Zunge verschiedene Resultate gegeben. Da wir heute beim Abdominaltyphus von einer Allgemeininfektion sprechen und aus dem zirkulierenden Blute in der ersten Woche den Typhusbazillus in den meisten Fällen züchten können, wäre auch vorauszusetzen, daß der Typhusbazillus wie im Stuhl und Urin auch in den Sekreten der Mundhöhle nachzuweisen sein müßte. Verfasser haben nun die Frage, ob die Typhusbazillen während der ganzen Dauer der Krankheit aus dem Belage der Zähne und Tonsillen nachweisbar sind, für von größtem Interesse gehalten. Zuerst machten sie Versuche bei sieben fiebernden Typhuskranken. Wie aus einer Tabelle ersichtlich ist, gelang es, unter sieben Fällen viermal, sowohl aus den Tonsillen wie aus den Zähnen die Bazillen rein zu züchten, also in beinahe 60% der Fälle. Es befanden sich unter diesen schwerer und leichter verlaufende Fälle. Es gelang also, während des febrilen Stadiums durch die Versuche, in gleichem Verhältnis sowohl von den Zähnen, wie von den Tonsillen Typhusbazillen nachzuweisen. Dieses Resultat, sowie das von G o u l d und Q u a l e s veröffentlichte Ergebnis, nach welchem sie bei Typhusrekonvaleszenten im Speichel in den meisten Fällen Typhusbazillen nachweisen konnten, regten Verfasser an, daß sie jetzt bei solchen Typhuskranken, die seit kürzerer oder längerer Zeit in der Rekonvaleszenz standen, in gleicher Weise nach Typhusbazillen suchten. Sie machten Versuche bei zehn weiteren Typhuskranken. Wie eine Tabelle zeigt, gelang es, bei zehn Fällen fünfmal Typhusbazillen nachzuweisen, also in 50% der Fälle, und zwar am 5., 10., 15., 25. und 47. Tage der Rekonvaleszenz. Wenn man das erzielte Resultat betrachtet, kann man sagen, daß es im febrilen Stadium mehr als in der Hälfte der Fälle gelungen ist, sowohl von Tonsillen, als wie von den Zähnen im

gleichen Verhältnis, in der Rekonvaleszenz von den Zähnen in 50% und von den Tonsillen in 20% Typhusbazillen rein zu züchten. Dieses Ergebnis ist in diagnostischer Hinsicht von großem Werte. Wie aus der ersten Tabelle ersichtlich ist, gelang es, die Typhusbazillen aus dem Belag der Tonsillen und Zähne nicht nur in den ersten febrilen Tagen, sondern auch später, in einem der Fälle am 20. febrilen Tage, nachzuweisen. Nach v. Drigalski, Manicatide und vorliegenden Resultaten kann der Nachweis der Typhusbazillen aus dem Belage der Tonsillen und Zähne mit Recht unter die anderen, bei Abdominaltyphus gebrauchten diagnostischen Methoden eingereiht werden, und zwar um so mehr, da wir einerseits wissen, daß der Nachweis der Typhusbazillen aus dem zirkulierenden Blute nur im Anfang gelingt, anderseits aus den Fäzes der Bazillus auch nur in ungefähr 50% erfolgreich nachzuweisen ist. Die Tatsache, daß noch in der späten Rekonvaleszenz, vierte bis achte Woche, die Typhusbazillen nachgewiesen werden konnten, kann noch in der Hinsicht wichtig sein, als es dadurch gelingen kann, aus dem Bazillenbefunde im Munde zu dieser Zeit nachzuweisen, daß wir einem abgelaufenen Typhus gegenüber stehen; daß der Befund anderseits aus prophylaktischen und epidemiologischen Gründen von großer Wichtigkeit ist, scheint selbstverständlich.

(Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Varizen.

Zur **Behandlung der Varizen** empfiehlt T a v e l die künstliche Thrombose. Die Anregung zu dieser Methode gaben ihm folgende Ueberlegungen: Die Resultate nach der Venenligatur sind besser in den Fällen, da sich spontan eine Thrombose bildet, als in den Fällen ohne Thrombose; die Thrombose ist sowieso als natürlicher Heilungsprozeß zu betrachten; die künstliche Thrombose bringt die Varizen zum Verschwinden ebensogut wie die Exzision, aber ohne die Nachteile der ausgedehnten Narben, der Narkose und ihrer eventuellen Folgen. T a v e l erzeugt die künstliche Thrombose durch Einspritzen einer 5%igen Karbollösung. Er bewirkt so nicht eine sofortige Koagulation des Blutes, sondern als Folge des Reizes der Intima der Venenwand erst macht sich eine wandständige Thrombose, die erst nach einem bis zwei Tagen vollständig wird. Vorgängig der Injektion wird die Saphena möglichst hoch ligiert und ein Stück reseziert, am besten in Lokalanästhesie. 24 bis 48 Stunden nach diesem Eingriffe wird mit den Injektionen angefangen. Mehrere Tage nacheinander werden an verschiedenen Stellen je 2 bis 3 ccm der Karbollösung injiziert (pro Sitzung etwa 10 ccm), bis das ganze variköse Gebiet vollständig thrombosiert ist; bei der Injektion steht der Patient gewöhnlich. Während T a v e l früher durch einfache Ligatur und

Resektion nur in den Fällen von Phlebitis und Phlebosklerose gute Resultate sah, erzielte er durch die künstliche Thrombose nur in sechs Fällen von 50 nicht ein vollkommen gutes Resultat. Er nennt sie daher eine sehr zuverlässige Methode, mit der man die echten Varizen sowohl wie auch die Kavernome, die meistens die Ulzera verursachen, behandeln und heilen kann. Zwischenfälle und Komplikationen wurden nie beobachtet.

(D. Z. für Chirurgie 1912 Bd. 116. —
Mediz. Klinik 1912 Nr. 38.)

Verrucae.

Warzen an beiden Händen durch einseitige Röntgenbehandlung doppelseitig geheilt. Von Dr. Delbancó. Ein 21jähriges Mädchen, welches wegen zahlreicher harter Warzen an den Händen zu Delbancó gekommen war. Die sichere Therapie der Auskratzung mit dem scharfen Löffel hätte nur in Narkose wegen der sehr großen Zahl der vorwiegend um die Gelenke gelagerten Warzen erfolgen können. Die vorgeschlagene Röntgentherapie, welche bei Warzen oft versagt, hatte hier Erfolg. Aber nur die rechte Hand wurde bestrahlt. Die Warzen hatten 18 Monate bestanden und hatten allen Aetzungen etc. widerstanden. Erythemdosis über drei Sitzungen verteilt. In dem gleichen Tempo mit den Warzen der rechten Hand schwanden die Warzen der unbestrahlten linken Hand. Gleiches hatte Wälsch in Prag bei der Auskratzung beobachtet, und über entsprechende Beobachtungen verfügt auch Galewski in Dresden. Die reflektorisch-angio-neurotischen Theorien von Kreibich bezüglich der Dermatosen könnten durch dieses rätselvolle Phänomen — abgesehen davon, daß die Warzen sehr eigenartige und oft spontan schwindende Gebilde sind — eine gewisse Stütze erfahren. Andererseits darf bei der Ansteckungsfähigkeit der Warzen an immunisierende bzw. lytische Vorgänge gedacht werden.

(Aerztlicher Verein in Hamburg 23. Mai 1912.)

Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der Warzen. Von Dr. Karl Stern, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Fürth in Bayern. Es handelt sich um zwei Patientinnen, eine 29jährige Köchin und ein 27jähriges Zimmermädchen. Beide sind seit einigen Jahren bei derselben Herrschaft tätig und haben auf beiden Handrücken eine Aussaat von kleinen, teils rundlichen, teils polygonalen, etwas über die Oberfläche hervorragenden, gelblich bräunlichen Warzen (*Verrucae planae juveniles*). Bei der Köchin finden sich ferner noch zwischen den Fingern der linken Hand mehrere, etwa erbsengroße, an der Oberfläche wie zerklüftet aussehende *Verrucae vulgares*. Letztere bestehen

bei ihr bereits seit fünf bis sechs Jahren, während sie die Verrucae planae juveniles erst seit zirka einem Jahre hat. Das Zimmermädchen, das früher nie mit Warzen behaftet war, bemerkt diese seit zirka einem Vierteljahre. Beide haben nun schon von jeher beim Arbeiten in der Küche gemeinsam ein Handtuch zum Abtrocknen der Hände benutzt. Die Herrschaft und deren Kinder haben keine Warzen, wobei die Tatsache berücksichtigt werden muß, daß niemand von ihnen das Handtuch in der Küche gebraucht. Es scheint sich also hier zweifellos um eine Uebertragung von Warzen zu handeln. Dafür spricht, daß die Köchin zuerst die Warzen hatte (seit zirka einem Jahre). Erst später (zirka neun Monate darnach) erkrankte das Zimmermädchen. Als Uebertragungsgegenstand kommt höchst wahrscheinlich das von ihnen gemeinsam benutzte Handtuch in Betracht. Bemerkenswert ist, daß die Herrschaft und deren Kinder nicht erkrankten. Interessant ist auch ferner, daß nur die Verrucae planae juveniles, aber nicht die Verrucae vulgares übertragen wurden. — Der Fall bietet auch ein praktisches Interesse, indem er zeigt, daß die Möglichkeit der Uebertragung von Warzen tatsächlich besteht, besonders wenn der Infektionsstoff öfters in innige Berührung mit der Haut gebracht wird, wie es ja hier durch den gemeinsamen Gebrauch des Handtuches geschehen ist. Durch die Prophylaxe läßt sich hier viel erreichen, und so ein Fall, wie der soeben mitgeteilte, mit allergrößter Wahrscheinlichkeit vermeiden.

(Münchner med. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Vermischtes.

Klinische Erfahrungen über die Einwirkung des Adamons auf sexuelle Reizerscheinungen. Von Dr. E. R. W. Frank (Berlin). Verfasser gab das Präparat zuerst in Pulvern, später in bequemer Tablettenform und in der Durchschnittsdosis von 3 g. Dieses Quantum ließ er auf Grund von mit dem Heroin gemachten Erfahrungen auf die drei letzten halben Stunden vor dem Einschlafen verteilen, nur in besonderen Fällen gab er das Präparat in höheren Dosen oder während des Tages. Das Adamon wurde auch in Dosen von 6 g innerhalb zweier Stunden ohne jede Nebenwirkung gut vertragen. Verfasser hat im ganzen das Präparat in 30 Fällen verordnet, 16 Patienten haben ihre Erfahrungen und Beobachtungen während eines Vierteljahres dauernd mitgeteilt. Zwölfmal handelte es sich um die bekannten Beschwerden im akuten Stadium gonorrhöischer Infektion, schmerzhaft, schlafstörende Erektionen und gehäufte Pollutionen. In allen Fällen berichteten die Patienten über

prompte Wirkung des Mittels, nur in einem Fall blieb der Erfolg gänzlich aus. Eine bestimmte Ursache für diesen Mißerfolg ließ sich nicht feststellen, und er dürfte sich erklären aus der bekannten Tatsache, daß man bei allen Mitteln zuweilen Individuen findet, die sich ihnen gegenüber als refraktär erweisen. Besonders auffällig war der Erfolg in einem Fall, der einen Oberstabsarzt betraf, der neben den lokalen Reizerscheinungen auch psychisch unter der extramatri-moniell erworbenen Infektion schwer litt, und in einem zweiten Falle, in dem die Tripperansteckung eines Bräutigams durch eine abszedierende Epididymitis und Funiculitis in unangenehmster Weise kompliziert war. Beide Patienten hatten vergeblich andere Mittel versucht, bevor Verfasser ihnen Adamon verordnete. Beide berichteten, daß nicht nur die schmerzhaften Erektionen aufhörten, sondern daß sie auch eine wesentliche Erleichterung der seelischen Depression beobachten konnten. Bei einem älteren Geheimrat mußte vor der Ausführung der Prostatektomie eine Zirkumzision vorgenommen werden, wegen seit vielen Jahren bestehender entzündlicher Phimose mit Balanitis. Der Patient war derartig empfindlich, daß er schon vor dem kleinen Eingriff jedesmal, wenn die Desinfektion der Harnröhre wegen der applizierten Dauersonde ein teilweises Zurückstreifen der Vorhaut nötig machte, chloroformiert zu werden wünschte. Nach der Zirkumzision klagte er über Schlaflosigkeit und heftige Reflexschmerzen im ganzen Becken und in den Genitalien. Das Adamon bewirkte fast augenblicklich eine so erhebliche Linderung der Beschwerden, daß die Nachtruhe des Patienten sehr bald ungestört war. Patient R., Kaufmann in Lodz, erfreute sich im Alter von 53 Jahren eines sehr lebhaften Sexualtriebes. Nach vorgenommener Prostatektomie klagte er nach Einlegung der urethralen Dauersonde über häufige, den Schlaf störende Erektionen, die unter Darreichung des Adamons aufhörten. — Frau B. klagt über genitale Reizerscheinungen, Blutandrang und Hitze in den Genitalien und den Schlaf erheblich störende erotische Träume. Sie hatte, ohne daß organische Störungen nachzuweisen waren, sowohl bei Frauenärzten wie bei Nervenärzten verschiedene Behandlungen, sowohl medikamentöse wie lokale, durchgemacht, ohne ihre Beschwerden zu verlieren. Sie berichtete, daß die ihr verordneten Tabletten ihr ruhige, ungestörte Nächte verschafft hätten. Als Verfasser das Präparat dann aussetzen ließ, kamen die alten Beschwerden wieder zum Vorschein, wurden aber erneut durch das Präparat gleich günstig beeinflußt. — In einem Fall von hartem Schanker der Harnröhre mit periurethralem Abszeß und einem weiteren Fall von ausgedehntem periurethralen Abszeß, der sich nach dem Bericht des Patienten an die unvorsichtige Behandlung einer schweren Harnröhrenverengung angeschlossen hatte, beseitigte das Adamon die in der ersten Zeit nach

der Operation auftretenden sexuellen Reizerscheinungen vollständig. Sechsmal verordnete Verfasser das Präparat Patienten, bei denen er zwecks Ausheilung hartnäckiger Tripperreste entzündete Lakunen in der vorderen Harnröhre ausgebrannt hatte. Gerade bei solchen Fällen sind die häufig nach dem Eingriff auftretenden nächtlichen Erektionen sehr schmerzhaft und oft geeignet, durch Abreißen der Brandschorfe Blutungen herbeizuführen. Durch Darreichung des Präparates konnte Verfasser dies alles völlig vermeiden. Das Gleiche kann Verfasser berichten von drei schweren Strikturfällen, bei denen er den inneren Harnröhrenschnitt ausgeführt hatte. Alle übrigen Fälle betreffen Patienten, bei denen Verfasser teils an der Vorstehdrüse, teils am Samenhügel und dessen Umgebungen Aetzungen und galvanokaustische Eingriffe ausgeführt hatte. Es befanden sich darunter eine Reihe von Patienten, denen er vorher bei der gleichen Behandlung wegen ihrer sexualen Reizzustände andere Mittel, auch Heroin, erfolglos verordnet hatte. — Von dem Adamon berichteten die Patienten gleichmäßig, es habe die genannten Erscheinungen verhütet. Einige dieser Patienten litten schon seit längerer Zeit an Schlaflosigkeit und empfanden in der Nacht die Reizerscheinungen ganz besonders störend und unangenehm. Diese gaben an, daß zwar das Präparat auf die Schlaflosigkeit nicht eingewirkt habe, daß sie aber durch das Fortfallen der lästigen Reizerscheinungen sich sehr beruhigt gefühlt hätten. Sehr auffallend war, daß eine Reihe von Patienten Verfasser wiederholt bat, ihnen das Präparat neu zu verordnen, da sie ohne dasselbe immer wieder von Reizerscheinungen gestört wurden. Verfasser entsinnt sich nicht, bei der Verwendung anderer Präparate zu gleichem Zweck diese Beobachtungen in so auffallender Weise gemacht zu haben. Einer dieser Patienten versicherte, daß er gegen sehr störende gehäufte Pollutionen seit Jahren alle dagegen empfohlenen Mittel ausprobiert habe. Während der lokalen Behandlung der pathologischen Veränderungen in seiner prostatistischen Harnröhre, die die Ursache der genannten Störungen bildeten, traten die sexuellen Reizerscheinungen in erhöhter Intensität auf, und während dieser Zeit erinnerte der Patient jedesmal, wenn Verfasser vergaß, ihm das Mittel neu zu verordnen, daran, dies doch ja nicht zu vergessen, da er nur auf diese Weise eine erträgliche Nachtruhe habe. — Das Adamon unterscheidet sich einerseits durch seine Geschmacks- und Geruchslosigkeit und seine absolute Indifferenz gegenüber den Verdauungsorganen von anderen ähnlichen Präparaten vorteilhaft, und andererseits leistet es in seiner therapeutischen Wirksamkeit entschieden mehr als die Mittel, die uns bisher zur Bekämpfung urogenitaler Reizzustände zu Gebote standen. Ueber die Einwirkung des Adamons auf den pathologisch erhöhten Sexualtrieb hat Verfasser nur in dem einen, eine Frau betreffenden Fall

Beobachtungen machen können, deren günstiges Ergebnis jedenfalls dazu auffordert, das Präparat auch weiter in derartigen Fällen, zu denen auch der ja stets besonders stark betonte Trieb pervers Sexueller zu rechnen ist, zu erproben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 49.)

Instrumentensterilisator und Universalinstrumentiertisch.

Von Dr. Julius Michelson in Hamburg. Der Universalapparat dient zur Aufnahme und zum Sterilisieren ärztlicher Instrumente und zur Erleichterung und Vereinfachung beim Instrumentieren für alle Operationen. Der Apparat besteht aus vier getrennten Behältern und kann mittels eines Tritthebels durch eine Ölpumpe in verschiedene Höhen eingestellt werden, außerdem ist die ganze tischartige Vorrichtung auf einer Seite drehbar angeordnet. Die Kästen sind mit vier Verschlußdeckeln versehen, die aufgeklappt, in stabiler Lage als Tischchen für Lagerung von Instrumenten und Verbandzeug steril benutzt werden können. Die für die größten Instrumente genügend geräumigen Behälter sind an Heiz- und Abflußleitungsrohren einzeln angeschlossen. Eine Brause mit Selbstheizung enthält den Vorrat sterilen kalten Wassers, das zur Abkühlung der Instrumente dienen kann. Der Apparat kann mit Gas, Petroleum, Spiritus oder Elektrizität geheizt werden. Der Tisch nimmt einen Raum $\frac{3}{4}$ qm ein. Die erreichbare Höhe beträgt 118 cm, die tiefste Stellung 88 cm. Um dem Tisch die gewünschte Höhenstellung zu geben, wird auf die Fußplatte getreten. Beim Senken wird diese vollständig kräftig niedergedrückt.

Der Tisch soll als Universalapparat folgende bisher gebräuchlichen Gegenstände ersetzen:

1. den Instrumentensterilisator,
2. den Instrumentiertisch,
3. den Tisch für sterile Verbandstoffe,
4. das Tischchen zum Auflegen der Instrumente, mit Hoch- und Tiefstellung.

Der neue, auf Rollen bewegliche Universalstisch ist drehbar und für jede Höhe einstellbar, deswegen kann er stets dem Gange der Operation und der jeweiligen Stellung des Operateurs entsprechend angepaßt werden. Diese Eigenschaften werden von dem Operateur in vielen Fällen als besonders angenehm empfunden. Zweckmäßig werden die Deckel erst vor Beginn der Operation aufgeklappt, so daß die Instrumente gebrauchsfähig daliegen, ferner können die Behälter zum Aufbewahren von Instrumenten für Notoperationen benützt werden. Für kleinere Betriebe können die geräumigen Behälter zum Lagern von Instrumenten gebraucht werden und dadurch einen Instrumentenschrank ersetzen. Der Universalstisch ist seit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren

in Verfassers Klinik im Gebrauche und hat sich als wesentliche Vereinfachung des bisherigen Verfahrens praktisch bewährt.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Diätbehandlung und diätetische Küche. Von Dr. Wilhelm Sternberg in Berlin. „Anerkannt ist die Behandlung gewisser Magen- und Darmstörungen, im besonderen der Spasmen, mit Oel. Mitunter wird angegeben, man solle einen Eßlöffel Oel oder geschmolzene Butter oder Sardinen mit reichlich Oel nehmen lassen. Nun versuche man aber einmal mit gesundem kräftigem Magen, selbst hungrig, auch nur einen Teelöffel des besten Speiseöls zu nehmen, und man wird erstaunt sein, wie schwer, ja wie unmöglich dies mitunter ist. Es besteht förmlich eine mechanische Impotenz. Der Rat also, den der Arzt dem Kranken erteilt, ist gar nicht zu befolgen. Und die physiologische Begründung dafür liegt in der Tatsache, daß die physikalische Konsistenz allein schon genügt, Ekel und Brechneigung zu erregen. Das ist der Grund, weshalb nicht einmal Glyzerin, das „Oelsüß“, so leicht eingenommen werden kann. Auch mag dieser Faktor einer der Gründe sein, weshalb Rizinusöl so widerlich erscheint. Auffallend ist ja der kolossale Unterschied in der Einnahme von fester Butter, die als Delikatesse beliebt ist, zumal mit anderen Nahrungsmitteln zugleich genossen, und derselben Butter von derselben Qualität und Quantität in geschmolzenem Zustand. Geschmolzen ist sie eher ein Brechmittel. Nun kommt aber doch in der Praxis alles darauf an, daß die Mittel überhaupt genommen werden. Außerdem ist zu bedenken, daß gerade bei den Magenkrankheiten, die ohnehin schon zu Erbrechen oder Brechneigung und Uebelkeit führen, jede Veranlassung vermieden werden muß, die diese Prädisposition noch steigern könnte. Schließlich ist nicht zu vergessen, daß Uebelkeit und Brechneigung das Gegenteil vom Appetit sind und daher den darniederliegenden Appetit noch mehr stören können. Deshalb kommt für diese Fälle nicht die lateinische Küche, sondern die nach dem Muster der französischen Küche gerichtete diätetische Küche in Betracht. Man braucht zu einem Eßlöffel Speiseöl nur ein Eigelb zu fügen, etwas Zitronensaft und Salz und auf Eis zu einer Emulsion zu rühren, um aus dem widerlich schmeckenden und unerträglichen Eßlöffel Oel die unter dem Namen Mayonnaise bekannte Delikatesse herzustellen. Dabei ist das Volumen des Eßlöffels Oel auf nicht mehr als etwa zwei Eßlöffel vergrößert. Besonders delikat erscheint diese emulsionsähnliche Sauce zu weiteren Nahrungsmitteln wie Fisch usw.“

(Münch.med.Wochenschrift 1912 Nr. 49.)

Eine neue zweckmäßige Tamponbehandlung mit „Tampol Roche“. Von Dr. Oskar Nitze in Berlin. Trotz der verhältnismäßig einfachen Vorbedingungen leidet die Tampontherapie in der Hand des Praktikers leicht unter erschwerenden Momenten. Die Tampons haben oft nicht die richtige Größe, die Tränkung mit dem Medikament ist mangelhaft, oder die Einführung des Tampons in die Vagina macht erhebliche Schwierigkeiten; man muß die Scheide durch ein Speculum entfalten, auch ein Untersuchungsstuhl ist notwendig, alles Manöver und Vorrichtungen, die nicht immer ohne weiteres zur Verfügung stehen. All diesen Uebelständen wird abgeholfen, so daß die Applikation des Medikaments in der einfachsten, saubersten und genauesten Weise erreicht wird, durch einen gebrauchsfertigen Tampon, den die Chemisch-pharmazeutische Fabrik Hoffmann-LaRoche unter dem Namen „Tampol Roche“ seit zwei Jahren in den Handel bringt. Seine Herstellung beruht auf dem Einschluß eines komprimierten Wolletampons mitsamt dem Medikament in einer dünnen Gelatinehülle, die sich in dem Vaginalrohr sehr schnell löst und Medikament und Wolletampon frei werden läßt. Die Wolle ist nun nicht mit dem Medikament durchtränkt, so daß ein großer Teil des Arzneimittels unwirksam bleibt, sondern vor dem mit einem Seidenfaden gesicherten Tampon liegt in der Gelatinehülle das Medikament als Einheit. Diese Form des Medikaments wird durch seine Vermischung mit Gelatine erreicht. Die Gelatine wurde gewählt, weil sie bei Körpertemperatur zu schmelzen pflegt und das Medikament aus der Gelatinemischung frei macht. Gleichzeitig übt sie keinen Reiz auf die Scheidenschleimhaut aus und vermeidet den paradoxen deszendierenden Flüssigkeitsstrom, der dem Glyzerin bei der Verwendung in der Scheide eigentümlich ist. Bei der Herstellung der Tampols wird auf deren tunlichste Keimfreiheit größter Wert gelegt. Die durchgeführten Nachprüfungen haben ergeben, daß bei den untersuchten Mustern keine pathogenen Keime vorhanden waren; so dürfte die Möglichkeit einer Infektion, z. B. mit Tetanuskeimen, vollständig beseitigt sein. Die Tampols werden mit den verschiedensten Medikamenten gefüllt in den Handel gebracht. Es seien hier genannt: Tampol mit je 0,05 g Extractum Belladonnae fluidum, 0,03 g Hydrastin. hydrochloricum, 0,5 g Acidum tannicum, 1,0 g Acidum boricum, 1,0 g Zincum sulfuricum, 1,0 g Zincum oxydatum, 0,5 g Secacornin, 0,1 g Protargol, 1,0 g Dermatol, 0,03 g Pantopon, 1,0 g Thigenol. Gegenüber den gewöhnlichen Tampons zeichnet sich der Tampol vor allem durch seine bequeme Handlichkeit und Sauberkeit aus. Seine zylindrische Form und der glatte Gelatineüberzug, zumal wenn er vor dem Gebrauch etwa 15—20 Sekunden in warmes Wasser getaucht wird, erleichtert ungemein das Einführen in die Vagina; besonders bei nervösen Frauen dürfte dieses Moment für den Praktiker außerordentlich

angenehm sein, denn es bedarf bei der Einführung nicht der gynäkologischen Lagerung auf einem Untersuchungsstuhl, auch in Längslage auf dem Sofa vollzieht sich die Applikation eines Tampols mühelos. Der Tampol wird so eingeführt, daß die medikamentöse Spitze bis hinauf in das Scheidengewölbe geschoben wird, während das entgegengesetzte Ende auf dem Beckenboden seinen Stützpunkt findet. Dieses untere Ende ist mit einem Seidenfaden versehen, der zur späteren bequemen Entfernung des Tampols aus der Vulva heraushängt. Damit die Lösung des Tampols nicht verzögert wird, vermeide man, ihn vor der Einführung mit Oel oder sonstigen fettigen Ingredienzen schlüpfrig machen zu wollen, da diese sonst das Vaginalsekret von dem Tampol fernhalten könnten, so daß die Wirkung erst sehr langsam zur Entfaltung käme. In geeigneten Fällen und bei zuverlässigen Patienten kann der Tampol sogar von diesen selbst eingeführt werden. Bisher dagegen mußte jeder Tampon durch den Arzt eingelegt werden, weil, wie Veit und auch Fritsch schon betonen, die Manipulationen sonst nicht richtig und vor allem unsauber ausgeführt werden. Die Gelatinehülse löst sich in der kürzesten Zeit, und das Medikament, das auf der nicht entfetteten Wolle gleichsam als Kopf sitzt, wird frei und der Resorption zugänglich. Ein Zurückfließen aus der Scheide verhindert das Aufquellen des Tampons, der die Vagina vollständig ausfüllt. Da die Wolle aus nicht absorbierendem Material besteht, verschluckt sie nicht die Hauptmasse des Medikaments, sondern bringt dieses dauernd und direkt mit der erkrankten Partie in Berührung. Nach dem Herausziehen findet man den Tampon stets trocken und ohne Durchsaugung mit dem Medikament.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 45.)

Praktische Winke! Von Dr. Niewert (Teterow).

1. Armhochlagerungsschiene für bettlägerige Panaritien und Armphlegmonen. Ein Brett, 20 cm breit, etwas länger als der Arm. Das eine Ende wird unter der Achsel auf das Bett gestützt, um das andere wird eine Bindfadenschlinge geführt, die an einem Wand- oder Deckennagel befestigt wird, so daß das Brett 45° gegen die Horizontale geneigt ist. Das Brett kann mit einem schnell genähten Häckselkissen oder dergleichen gepolstert werden.

2. Improvisierter Inhalationsapparat. In eine Kaffeekanne wird eine Tasse kochend heißen Kochsalzwassers gefüllt. Der Patient atmet durch die Tülle aus und ein, die er mit dem Munde umschließt. Für Terpentindampfinhalationen werden auf das heiße Wasser im Grunde der Kaffeekanne 20 bis 30 Tropfen altes Terpentinöl getropft. Nicht die Kanne kippen!

3. Thermophor für die Praxis parva. Zwei Pfund Hafer oder Kleie (Kirschkerne) in einen derben leinenen Beutel. Dieser im

Ofenrohr oder Bratofen angewärmt. Leicht, anschmiegend, wärmehaltend, billig.

4. Dammnaht. Sehr mühsam ist es, unter mangelnder Assistenz, die meistens durch Lochienfluß verdeckten Damm- und Scheidennähte zu entfernen. Besonders, wenn in der Hitze des Gefechts die äußeren Nähte nicht gezählt wurden, vergißt man beim Herausnehmen die eine oder die andere Naht. Da habe ich es praktisch gefunden, mit langen, dicken, seidenen Fäden zu nähen. Die Fäden werden dann nach dem Knoten nicht abgeschnitten, sondern am Schluß der Naht zirka 5 cm entfernt vom Damm in eins zusammengeknotet und distal vom Knoten abgeschnitten. Es ist dann beim Entfernen der Nähte nichts weiter nötig, als den großen Knoten leicht anzuziehen und am Damm entlang die nun leicht aufgefundenen Hautnähte zu durchtrennen. Ein quälendes Aufsuchen, ein Vergessen einzelner Nähte gibt es dann nicht mehr.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 46.)

Ueber die Anwendung der Opiate, im besonderen des Narcophins, in der ärztlichen Praxis. Von Dr. v. Stalewski (Freiburg). Vor etwa anderthalb Jahren wurde Verfasser am Krankenbette eines Falles von schwerer Gefäßneurose von Prof. de la Camp auf die Vorzüge des Narcophins aufmerksam gemacht. Da der Patient das Morphin schlecht vertrug, erhielt er an Stelle dieses Narcophin. Die Dosierung der subkutanen Injektionen wurde genau dem Bedürfnis des Kranken angepaßt. Es ergaben sich bei täglicher Beobachtung und einer Behandlungszeit von vielen Monaten folgende Resultate: Die Narcophineuphorie trat zwar etwas später ein als beim Morphin, war aber von längerer Dauer. Dementsprechend brauchte man weniger oft die Injektionen zu wiederholen. Unverkennbar war das Unterbleiben eines unter dem Morphingebrauch auftretenden Symptoms von Cheyne-Stokes'schem Atmen, welches den Kranken und seine Umgebung stark beunruhigte. Eine ausgesprochene Zyanose (schwarzblaue Lippen), welche Verfasser auch bei anderen Morphinisten beobachtet hat, verlor sich vollkommen. Die Nachtruhe und das Erwachen gestalteten sich besonders günstig, so daß der Patient, welcher seit sieben Monaten keine Anfälle mehr gehabt hat und sich auch sonst ganz wohl befindet, kleine Dosen Narcophin als Schlafmittel weiter benutzen darf. — Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß eine langandauernde Behinderung der regulären Oxydation auch für alle Gewebe von Nachteil sein muß. Verfasser beschloß daher in allen Fällen, in welchen ein protrahierter Gebrauch von Morphin nicht zu entbehren ist, an Stelle dieses das Narcophin anzuwenden. Bei zwei Fällen von exzessivem Morphinismus ist es gelungen, die Patienten zum Uebergang zu diesem neuen unschäd-

licheren Präparat zu veranlassen. Da diese Patienten darauf angewiesen waren, alle Tage ihre Dosis in des Verfassers Wohnung abzuholen, so ergab sich von selbst eine neue Methodik, welche jeder Arzt sich selbst ausbauen kann, auf milde Weise und ohne Anstaltsbehandlung eine Entwöhnungskur durchzuführen. Verfasser gibt zu, daß im Beginn dieser Kuren schwierige Momente überwunden werden müssen, und daß es empfehlenswert ist, anfangs stärkere Narcophindosen zu geben, um das Vertrauen des Patienten zu dem Mittel nicht zu erschüttern. Dann ist bald das Stadium überwunden, in welchen der Patient mehrere Male am Tage erscheint, um eine erneute Portion zu verlangen, „da er sein Fläschchen verschüttet habe“. Verfasser hat, außer in diesen chronischen Fällen, das Narcophin auch bei zahlreichen schmerzhaften Zuständen wie Kolik, Gallensteinkolik, Kardiospasmus, schmerzhaften Wehen bei ungenügend vorbereiteten Geburtswehen, mit Erfolg angewandt. Die injizierten Dosen waren bei Erwachsenen 0,03 Narcophin.

(Therapie der Gegenwart November 1912.)

Ovaradentriferrin und Dürkheimer Maxquelle für die gynäkologische Praxis. Von Dr. Julius Sonnenfeld in Berlin. Die Ovaradentriferrintabletten und die Dürkheimer Maxquelle haben sich bei der Behandlung der Chlorose und Anämie, der Menstruationsanomalien und Ausfallserscheinungen gut bewährt und können daher empfohlen werden. Wenn auch nicht immer ein voller Erfolg eintrat, so war doch meist eine wesentliche Besserung der Beschwerden zu konstatieren. Der günstige Einfluß der Dürkheimer Maxquelle auf chlorotische und anämische Patientinnen war offenkundig. Beim Ueberwiegen der Menstruationsanomalien leistete das Ovaradentriferrin mehr als die Arsenquelle. Bei den Ausfallserscheinungen der physiologischen und postoperativen Klimax besserte das Ovaradentriferrin die Veränderungen von seiten des Stoffwechsels und der Psyche, die Erfolge der Dürkheimer Maxquelle dagegen betrafen mehr die vasomotorischen Störungen. Der Einfluß des Ovaradentriferrins ist um so günstiger, wenn das Mittel schon prophylaktisch bald nach der Exstirpation der Keimdrüsen genommen wird. In Anbetracht dieser spezifischen Wirkung beider Mittel auf die Veränderungen des Stoffwechsels und der Psyche einerseits, auf die vasomotorischen Störungen andererseits wäre vielleicht von einer gleichzeitigen Verabreichung beider Mittel — die Verfasser allerdings noch nicht versucht hat — ein noch besserer Erfolg in der Behandlung der Ausfallserscheinungen zu erwarten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 50.)

Ueber eine bisher nicht bekannte Nebenwirkung des Yohimbins. Von Hübner (Marburg). Das längere Zeit hindurch eingenommene Yohimbin hat nach den Tierversuchen einen deletären Einfluß auf die Nieren ausgeübt; eine Verfettung der Epithelien der gewundenen Harnkanälchen, starke Füllung der interkanalunären und periglomerulären Gefäße; stellenweise sind die Epithelien vergrößert und zeigen eine leichte Trübung des Protoplasmas. Die Nierenschädigung kann schon recht früh, eventuell schon vor dem Nachweis der Albuminurie, einsetzen. Die Verordnung von Yohimbin erfordert eine ständige Kontrolle des Urins.

(Dermatolog. Zeitschrift, Oktober 1912.)

Haltbarer Ersatz der Esmarch'schen Gummibinde. Von Prof. Dr. A. Henle (Dortmund). Als Träger der Elastizität dient Stahldraht, und zwar steht in dem verzinnten Klaviersaitendraht ein sehr geeignetes, nicht rostendes Material zur Verfügung. Dieses ist nicht zu einer Spirale aufgerollt, sondern annähernd in einer Ebene schlangenförmig gewunden, ähnlich den seinerzeit von Heusner für orthopädische Apparate angegebenen Stahldrahtserpentin. Damit die Ränder des so entstehenden bandartigen Federgurtes nicht zu sehr einschneiden, ist dieser der Breite nach leicht gebogen. Seine konvexe Seite wird beim Anwickeln gegen das abzuschnürende Glied gerichtet. Diese Stahlserpentine würde an sich zur Herstellung der Anämie brauchbar sein. Es besteht aber die Gefahr, daß man sie durch zu starkes Ziehen über ihre Elastizitätsgrenze ausdehnt. Ihre Windungen würden dann mehr oder weniger gestreckt bleiben, der ganze Gurt nach kurzer Zeit aus der Form kommen und unbrauchbar werden. Es ist daher der Stahlgurt mit einer kräftigen Leinenbinde durchzogen, deren Länge so berechnet ist, daß sie die nötige Elastizität bestehen läßt, andererseits eine Ueberdehnung verhindert. In entsprechendem Abstände sind in der Leinenbinde zwei Schlaufen eingenäht, in welche die Enden des Stahldrahtes hineingesteckt werden. Auf diese Weise wird eine hinreichend feste Verbindung zwischen Stahl- und Leinengurt hergestellt. Letzterer trägt an seinem einen Ende einen mit Griffen versehenen Haken, welcher beim Anwickeln der Binde nach außen kommt und unter der nötigen Spannung in eine Drahtwindung eingehängt wird. In dieser Weise wird die Binde befestigt. Hängt man den Haken aus, so löst sich der Gurt dank seiner Elastizität von selbst. Man braucht ihn also nicht abzuwickeln, wenn man den Kreislauf wieder herstellen will. Dieser Prozeß kann sich erheblich leichter unter den Kompressen abspielen wie das umständliche Lösen der Gummibinde. Am anderen Ende überragt die Leinenbinde um 50 cm den Stahlgurt. Dieses freie Bindende kommt beim Anwickeln zunächst auf

die Haut zu liegen, unterpolstert demnach den Stahlgurt und verhindert ein zu starkes Eindrücken der Federwindungen. Beim Aufrollen der Binde zwecks Aufbewahrung wird mit dem Haken angefangen; die Konvexität kommt nach außen. Das Ende des überstehenden Leinentails, welches den äußeren Abschluß bildet, wird mit einer Sicherheitsnadel an der unterliegenden Windung befestigt. Beim Gebrauch kommt demnach zunächst der Leinengurt auf die Haut, dann der Stahlleingurt, und zwar Windung auf Windung, und schließlich der fixierende Haken. In der hier beschriebenen Form ist die Binde brauchbar; aber das Anwickeln ist mit einigen Unbequemlichkeiten verknüpft, die ein straffes Anziehen erschweren, die aber vermieden werden können, wenn man die Binde vor Gebrauch bzw. im Ruhezustande auf eine Trommel aufwickelt. In diesem Falle wird der zur Fixierung dienende Haken in einen an der Trommel befindlichen Querstab eingehängt. Zur Aufnahme der beiden Hakenriffe befinden sich in der Trommel zwei Schlitzte. Die Binde wird unter leichter Spannung aufgerollt und wie oben beschrieben befestigt. Die Binde verträgt Kochen und strömenden Wasserdampf. Zum Sterilisieren dürfte sich der letztere am besten eignen. Die Trommel ist zum Durchlassen des Dampfes mit einer Reihe von Löchern versehen. Verunreinigungen kann man durch Bürsten mit warmem Seifenwasser und gründliches Nachspülen mit reinem Wasser entfernen. Auch läßt sich die Leinenbinde ohne Schwierigkeit entfernen und durch eine frische ersetzen. Verunreinigungen mit Jod und Sublimat sind wie bei jedem Metallinstrument zu vermeiden. Der Gurt wird vorläufig in drei verschiedenen Längen angefertigt: als Kompressionsbinde für starke Körperteile ungedehnt 125, gedehnt 180 cm lang; als Kompressionsbinde für schwache und als Stauungsbinde für starke Gliedmaßen 65 bzw. 87 cm lang; endlich als Stauungsbinde für schwache Gliedmaßen 40 bzw. 65 cm lang. Diese kürzeste Binde kann noch zur lokalen Anämie bei Kinderarmen und dergleichen benutzt werden.¹⁾

(Zentralblatt für Chirurgie 1912 Nr. 13.)

Ueber Adamon. Von Dr. Stulz, Nervenarzt in Berlin. Insgesamt wurden der Adamon-Therapie 50 Patienten unterworfen. Unter ihnen befanden sich die gewöhnlichen Formen der nervösen Erregbarkeit, Neurasthenie und Hysterie. Bei dieser Gruppe wurden recht gute Erfolge erzielt, so daß Verfasser sich veranlaßt sah, das Adamon auch Kranken zu geben, die unter stärkeren Beschwerden litten. So verfügt er über etwa zehn Fälle von Basedow, bei denen sich das Adamon gut bewährt hat. Das gleiche bezieht sich auf Pa-

¹⁾ Die Binde wird von der Firma Georg Härtel, Berlin Nr. 24, Ziegelstraße 1, geliefert.

tienten mit Angstneurose und ähnlichen Zuständen. In leichteren Fällen genügt eine Dosierung von dreimal täglich 0,5. Mit dieser Dosis kommt man jedoch nicht zum Ziel, will man stärkere Erregungszustände und leichte Schlaflosigkeit auf nervöser Basis bekämpfen. Man gibt in den letzteren Fällen am besten zwei Tabletten, sei es auf einmal oder besser in kurzen Zeitabständen von je $\frac{1}{4}$ Stunde zweimal je eine Tablette eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen unter Nachtrinken einer heißen Flüssigkeit. Neben- und Nachwirkungen hat Verfasser bei dem Präparat nicht beobachtet. Dasselbe wird von den Patienten gern genommen.

(Therapie der Gegenwart, Dezember 1912.)

Bücherschau.

Nietzsche. Sein Leben und seine Werke, von Richard M. Meyer. Im Verlage von Beck-München 1913.

Dieses neue, vom Verlage prächtig ausgestattete, mit 2 guten Porträts geschmückte Buch macht den Versuch, eine gründliche Analyse von Nietzsches Lebenswerke zu geben; auf mehr als 650 Seiten wird alles, was an Stoff nur irgend aufzufinden ist, mit beredter Detaillierung erzählt, wird des Dichterphilosophen Leben in jeder Phase auf das erschöpfendste und ausführlichste beschrieben, wird zunächst die Gesamtheit, hernach jedes einzelne der Werke mit treuer Gewissenhaftigkeit auf Entstehung, äußere und innere Einflüsse, Inhalt, Form, Tendenz und Grundgedanken geprüft und schließlich, rückblickend, die Summe aller Forschungsergebnisse gezogen. Niemand wird dem fleißigen Buche lückenhafte Vergeßlichkeit, niemand allzu flüchtiges Hinwegschreiten über wichtige Tatsachen vorwerfen dürfen; denn Meyer begnügt sich durchaus nicht damit, seine Biographie mit der Geburt Friedrich Nietzsches zu beginnen und dann die Reihe der Werke dem Gefüge der äußeren Lebensvorgänge einzupassen. Er weiß, daß das Auftreten jedes Großen lange vorbereitet ist, und spürt demgemäß zuvörderst die geistigen Kräfte und Richtungen auf, die an Nietzsches Wiege standen; er legt dar, was an der Entwicklung seines Helden der Vergangenheit angehört, was völlig neu hinzutritt, welche Elemente seines Werdens auf romantische, welche auf rationalistische Einflüsse hindeuten. Er gibt klar die Charakteristika beider großen Strömungen, wie er denn überhaupt, zumal in den Anfangskapiteln, sehr viel Beiträge zur Zeit- und Kulturgeschichte liefert; er erzählt von den typischen Erlebnissen und sucht die geistigen Ahnen Nietzsches nun auch persönlich aufzuführen, um

vom einzelnen genau zu sagen, worin er auf den Jünger eingewirkt habe: so findet er Goethe, Heinse, Ruskin, Carlyle, Emerson, Hölderlin, Daumer, George Sand, Stirner, Jordan, Flaubert, Renan, Lagarde, Ibsen, Hildebrand, Dühring und Siegfried Lipiner als *wesentlich für den geistigen Aufstieg Nietzsches* aus und zeigt, auf wie lange und wie weit ein jeder von ihnen seine Macht auf den beeinflussbaren Schüler hat üben können. So analysiert er später genau die Anregungen, die Nietzsche von jedem seiner Freunde empfing, so müht er sich überall, neue Gesichtspunkte da zu gewinnen, wo, wie er meint, die schwesterliche Biographie unzulänglich wird, wo (berechtigte) Parteilichkeit ihr die Feder lenkt.

Aber nicht durchgehend wird diese Bemühung gelohnt: ja, wer genau zusieht, kann überall jene innere Unoriginalität beobachten, die Richard M. Meyer in keiner seiner früheren Publikationen verleugnete, kann überall auf die Fehler stoßen, die diesen Autor stets dem höheren Erfolge fernhalten: auf eine gewisse Leichtfertigkeit, die vom Umfange seiner Publikationen ganz unabhängig ist, auf einen Mangel an Tiefe, der durch pedantische Systematik nicht immer gut verhüllt ist, auf Sprachnachlässigkeiten („gebärt“), die einem Philologen nicht durchlaufen dürfen, kurz auf all das, was von reiner Wissenschaft auf geistreichelnden Feuilletonismus, auf parfümierte Reportage hinwegführt.

Denen, die Nietzsche schon gut kennen, die sich ein eigenes Urteil über ihn zu bilden vermochten, wird also dieses Werk verhältnismäßig wenig zu bieten vermögen; anderen, die sich erst zu dem Philosophen leiten lassen wollen, wird es, vor allem durch seine schulmäßigen Dispositionen, manches geben. Fr. Gr.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.—ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau - Berlin.

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 7.

April 1913

Originalarbeit.

Aus der Medizinisch-literarischen Zentralstelle in Berlin-Friedenau.

Von Dr. med. Bruno Bosse (Berlin)

Ueber den derzeitigen Stand unserer Diphtherie- kenntnisse und -Forschungen.

Sammelreferat an der Hand von 200 Publikationen der letzten Jahre.

Von Dr. med. Bruno Bosse (Berlin).

I. Bakteriologie.

Ein neues Verfahren zum Nachweis von Diphtheriebazillen schlagen Conradi und Troch vor. Da bei der Loeffler'schen Serumplatte die Schwierigkeit besteht, unter zahlreichen andersartigen Bakterienkolonien einige wenige Diphtheriebazillen herauszufinden, und da außerdem in der Entwicklung begriffene Diphtheriekeime durch schneller wachsende Arten von der Platte verdrängt werden, haben sie durch Einführung einer neuen Kulturplatte diese Mängel abzustellen versucht.¹⁾ Sie verwenden nacheinander Loeffler'sche Serumplatte — zur Anreicherung und Nachweis — und Tellurplatte — nur zum Nachweis. Von der wie gewöhnlich beschickten und behandelten Loefflerplatte wird nach drei Stunden die eine Hälfte mit einem sterilisierten und mit steriler physiologischer Kochsalzlösung angefeuchteten Spatel sorgfältig abgerieben, und der so beschickte Spatel über eine oder zwei auf zirka 40° C. erwärmte Tellurplatten ausgestrichen. Diese Platten bleiben 20 Stunden bei 35° C. Die teilweise entkeimte Loefflerplatte wird auch noch etwa acht

¹⁾ In ähnlicher Weise hat Ref. selbst schon früher versucht, die Deycke'schen Nährböden in Aufnahme zu bringen.

Stunden bei 35° C. verwahrt und dann in der üblichen Weise untersucht. Nur wenn auf der Loefflerplatte keine Diphtheriekeime auffindbar sind, wird auch die Tellurplatte besichtigt. Hier aber stellt sich ganz von selbst eine dem bloßen Auge erkennbare Färbung der Diphtheriebazillen ein; sie erscheinen nämlich tiefschwarz.

Cappellani schlägt vor, dem Glycerinagar, bei dessen Verwendung die Trennung der Diphtheriebazillen von denen der Mischinfektion nicht immer gelingt, etwas Milchzucker, und zwar bei 5% Glyzeringehalt 3% Milchzucker zuzusetzen. Auf diesem Glycerin-Milchzucker-Agar sind die Diphtheriekolonien nach 18 bis 24 Stunden bei 34° als gelblich-weiße, leicht opake, stecknadelkopfgroße Erhabenheiten zu sehen, während die Kolonien der Mischbakterien viel kleiner und punktförmig, die der Streptokokken aber nach 18 Stunden kaum sichtbar und nicht erhaben sind.

Auf eine originelle, wenn vielleicht auch nicht ganz ungefährliche Art züchtet Wuttke von dem Tonsillarabstrich ohne Brutschrank Kulturen. Das mit steriler Platinnadel entnommene Untersuchungsmaterial wird gleich am Krankenbette auf Glukoseagar oder einen anderen geeigneten Nährboden verimpft. Das Reagenzgläschen befestigt Wuttke dann sofort an seinem Unterhemd, wo bei 37° das Wachstum ungestört vor sich geht.

Eine der besten und gebräuchlichsten Methoden zur Färbung der Diphtheriebazillen ist die neue Neißer'sche mit Methylenblau, Kristallviolett und Chrysoidin. Als verbesserungsbedürftig wird sie aber deswegen bezeichnet, weil man vor der Färbung stets frische Farbmischungen herstellen muß, und weil man sich an drei verschiedene Lösungen halten muß. Marie Raskin hat nun eine neue einzeitige Doppelfärbungsmethode für Polkörperchen gefunden, die sie für praktischer und schneller ausführbar als die Neißer'sche hält. Die Farbstoffmischung, die sie benützt, besteht aus:

Acid. acet. glac. 5,0 ccm,
Aq. dest. 95,0 ccm,
95%igen Alkohol 100,0 ccm,
alte gesättigte, wässrige Methylenblaulösung 4,0 ccm,
Ziehl'sche Karbolfuchsinlösung 4,0 ccm.

Das in gewöhnlicher Weise ausgestrichene, mit der Flamme fixierte Präparat klemmt man mit einer Pinzette an und zieht das Farbmittel in dünner Schicht auf. Durch einmaliges Durchziehen durch die Flamme brennt der Alkohol, der in der Mischung enthalten ist, in zirka acht bis zehn Sekunden ab. Man wartet dann fünf bis sechs Sekunden, spült mit Wasser ab, trocknet und gießt Zedernöl auf. Die Polkörperchen sollen dann tiefdunkelblau sein, der Zelleib rötlich.

Goetze hat mit dieser Methode im ganzen zufriedenstellende Erfahrungen gemacht. Er meint jedoch, daß sie die Neißer'sche nicht zu verdrängen vermag. In größerem bakteriellen Betriebe angewandt, hält er die Neißer'sche Methode sogar für die schneller ausführbare. Für praktische Aerzte glaubt er, sie empfehlen zu können. Schopohl hat bei der Raskin'schen Methode keine Vorteile gegenüber der Neißer'schen gesehen.

Sommerfeld benützt zur Färbung der Polkörnchen ein Verfahren, das von der Tatsache ausgeht, daß die Polkörnchen den Farbstoff, mit dem sie tingiert sind, außerordentlich festhalten im Gegensatz zu den Bazillenleibern. Das in gewöhnlicher Weise getrocknete und fixierte Präparat übergießt er mit Methylenblaulösung, spült mit Wasser ab und trocknet es mit Fließpapier ab. Dann bringt er es in Formalin-Alkohol (gleiche Teile) und läßt es dort so lange, bis die blaue Farbe gelöst und das Präparat fast farblos geworden ist, was nur einige Sekunden dauert. Die Polkörnchen erscheinen dann tiefdunkelblau im blaßblauen Bazillenleibe.

Nach Beobachtungen von Conradi und Bierast findet in etwa $\frac{1}{3}$ der Diphtheriefälle eine Absonderung der Erreger durch den Harn statt. Die Gefahr der direkten Kontaktinfektion ist bei der Spärlichkeit der in frisch entleertem Harn vorhandenen Diphtheriekeime an sich gering. Doch empfehlen sie eine Desinfektion und vorsichtige Entfernung des Urins, um jeder möglichen Uebertragung vorzubeugen. Bosse hat schon früher im Kot Diphtheriekranker Diphtheriekeime nachweisen können, woraus dieselben praktischen Schlußfolgerungen zu ziehen sind.

Aronson und Sommerfeld haben durch Versuche festgestellt, daß sich im Harn Masernkranker konstant ein hitzebeständiges, dialysables Gift findet, das bei intravenöser Injektion Meer-schweinchen und Kaninchen akut tötet oder mindestens sehr schwer krank macht.

Der Harn von Diphtherie und anderer Infektionskrankheiten (Typhus, Tuberkulose, Pertussis, Scharlach) enthält kein Gift.

Dagegen verhält sich der Urin bei Serumexanthenen ebenso wie bei Masern.

II. Untersuchungen über Diphtherieantitoxin und Diphtherietoxin im menschlichen Serum.

Schon oft sind Untersuchungen über den Gehalt des menschlichen Serums an Schutzkörpern gegen Diphtherietoxin angestellt worden. Escherich und Klemensiewicz haben zuerst nachgewiesen, daß im Serum von Kindern, die Diphtherie überstanden hatten, Schutzkörper gegen die Diphtherieinfektion enthalten

sind. Dann fand Wassermann bei seinen Untersuchungen an Gesunden verschiedener Altersstufen, daß mit steigendem Alter mehr Individuen Antitoxine gegen Diphtherie in ihrem Serum enthalten. Fischl und Wunschheim konstatierten bei ihren Untersuchungen an Neugeborenen bei 83% Schutzkörper im Serum. Und zwar enthielt das Serum der Neugeborenen von Zweit- und Drittgebärenden am meisten Antitoxine. Karasawa und Schick stellten in allen Fällen im Nabelschnurblut Schutzkörper gegen das Diphtherietoxin fest. Dagegen enthielt das Serum von Säuglingen unter fünf Fällen nur einmal Diphtherieantitoxin. Der jüngste daraufhin untersuchte Säugling war sechs Wochen alt. Beide Autoren kommen daher zu dem Schluß, daß der im Nabelschnurblut enthaltene Schutzkörper gegen Diphtherietoxin wohl nach sechs Wochen geschwunden sein dürfte. Im übrigen fanden sie die Wassermann'schen Resultate bestätigt. Hahn hat die Beobachtung gemacht, daß klinisch leichte Diphtheriefälle mit starker Antitoxinbildung bis 2,5 I.-E. in 1 ccm Serum einhergehen; bei drei schweren Fällen fand er $\frac{1}{2}$ bzw. 1 Jahr nach der Infektion kein Antitoxin mehr im Serum. Er macht hier auf die Unterschiede bei aktiver und passiver Immunität aufmerksam. Bei einem Erwachsenen mit 5 l Blut würde man nach einer intravenösen Injektion von 1000 I.-E. Antitoxin eine passive Immunität von höchstens 0,4 I.-E. in 1 ccm Serum vorfinden, die nach 30 Tagen verschwunden ist, während er bei der aktiven Immunität durch Infektion bis 2,5 I.-E. im Kubikzentimeter Serum nachgewiesen hat.

Zum Nachweis von Diphtheriegift im Blute Diphtheriekranker benützt Roemer eine Methode, die in der intrakutanen Injektion sehr kleiner Mengen Diphtherietoxins, gewöhnlich 0,10 ccm, besteht. Nach 24 Stunden bildet sich bei Anwesenheit von Diphtherietoxin im Blut leichte ödematöse Schwellung und Rötung der Haut, die drei bis vier Tage dauert. Nach mittleren Dosen entwickelt sich nach fünf bis sechs Tagen eine etwa stecknadelkopfgroße Nekrose. Aaser hat nach Roemer's Methode die Anwesenheit des Diphtherietoxins im Blute schwerkranker Diphtheriepatienten nachweisen können. Ferner hat er bei toxischer Diphtherie, die in drei bis vier Tagen zum Tode führte, post mortem Diphtheriegift im Herzblute festgestellt, dagegen fand er kein Toxin im Blut, wenn der Exitus erst in der Rekonvaleszenz erfolgt war. Dies ist seiner Meinung nach auch erklärlich, da dann die Todesursache nicht die akute Vergiftung, sondern die Nachwirkung des Giftes war. Bemerkenswert ist noch, daß Aaser in einem Falle noch 48 Stunden nach der Behandlung mit 4000 I.-E. Antitoxin große Mengen von Diphtherietoxin, trotz Besserung des klinischen Bildes, im Blute nachweisen konnte.

III. Nasendiphtherie.

Bekanntlich tritt beim Neugeborenen die Diphtherie stets als Nasendiphtherie auf, und sie wird oft bei den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden erst spät erkannt. Der Verlauf der Erkrankung ist ein chronischer, scheinbar harmloser. Bei den meisten Kindern verläuft sie in den ersten Tagen, ja mitunter Wochen, unter dem Bilde eines gewöhnlichen Schnupfens. Meist macht erst eine auffällige Nahrungsverweigerung, eine diphtherische Otitis media, eine nach Wochen auftretende Stenose den Arzt zu spät auf den Ernst des Falles aufmerksam. Nur bei den in den ersten fünf bis sechs Lebenstagen Erkrankten weist mitunter eine diphtherische Nabelentzündung, die durch Peritonitis zum Exitus führen kann, auf das Leiden hin. Auch bei älteren Säuglingen verläuft die Nasendiphtherie meist chronisch. Nicht immer findet man dabei den in den Lehrbüchern für charakteristisch bezeichneten blutig-eitrigen Ausfluß. Dieser fehlt oft dauernd. Nach Blochmann ist jeder skrofulöse Schnupfen älterer Kinder auf Diphtherie verdächtig und bedingt eine Untersuchung der Nase. Ebenso ist bei überraschend eintretenden Kruppanfällen im Verlauf anderer Erkrankungen (Masern, Pneumonie, Grippe etc.) die Untersuchung der Nase von Wichtigkeit und ergibt diese als den primären Sitz. Für alle diese Fälle empfiehlt Blochmann die Rhinoscopia anterior, als eine Methode, durch die man sicher imstande ist, die Nasendiphtherie auch im Beginn zu diagnostizieren. Er fand stets Beläge, und zwar die ersten etwas häufiger am Septum als an der unteren Muschel. Seltener sind nach ihm isolierte Beläge auf der mittleren Muschel und am Boden des mittleren Nasenganges.

Aetiologische Beziehungen zwischen Ozaena und Diphtheriebazillus sind vielfach angenommen worden. Neufeld sucht nun nachzuweisen, daß es sich bei Ozaena um Pseudodiphtheriebazillen handelt. Er fand in 14 Fällen von genuiner Ozaena regelmäßig, in sieben Fällen von Rhinitis atrophicans non foetida fünfmal Stäbchen, die sich in keiner Weise von den Loeffler'schen Bazillen unterscheiden, die aber im Meerschweinchenversuch avirulent waren, und bei denen es auch nicht gelang, sie durch Meerschweinchenpassagen virulent zu machen. Im Gegensatz zu der mit echten Diphtheriebazillen gemachten Infektion, ließ sich dieser Prozeß nicht durch Heilserum beeinflussen. Aus diesen Gründen, und weil er auch bei acht darauf untersuchten Ozaenakranken keine Diphtherieantitoxine im Blute nachweisen konnte, hält er die gefundenen Stäbchen für Pseudodiphtheriebazillen und erkennt ihnen keine ätiologische Bedeutung für die Diphtherie zu. Er sagt, daß durch diese Befunde für die Frühdiagnose der Diphtherie auf bakteriologischem Wege sich nichts ändere, in zweifelhaften Fällen müßte eben

Serum angewendet werden. Anders ist es nach seiner Ansicht bei den Bazillenträgern; wenn der positive Befund länger anhält, so ist durch Tierversuch und Antitoxinkontrolle auch der strikte Nachweis zu erbringen, daß die gefundenen Bazillen wirklich Diphtheriebazillen sind. Jakobsthal dagegen spricht sich für die Art-einheit der Diphtheriebazillen und Pseudodiphtheriebazillen aus.

IV. Ohrdiphtherie und andere Formen der larvierten Diphtherie.

Gegenüber der Nasendiphtherie spielen andere Formen der larvierten Diphtherie keine große Rolle und gehören zu den Seltenheiten. Beobachtet worden sind Fälle von echter Ohrdiphtherie. Erscheinungen von seiten des Ohres treten bekanntermaßen häufig im Verlauf von Nasen- und Rachendiphtherie auf. Nach Lommel gehört die Otitis media geradezu zum Bilde der diphtherischen Erkrankung der Respirationsorgane, und auch normaler Trommelfellbefund spricht seiner Meinung nach nicht gegen die Beteiligung des Mittelohrs an der Allgemeinerkrankung. Siebenmann fand unter 25 sezierten Fällen 24mal Veränderungen am Mittelohr, wobei das Trommelfell keine oder nur minimale Veränderungen aufwies. In den meisten Fällen mit Mittelohrentzündung handelt es sich aber nicht um durch Diphtheriekeime hervorgerufene Erkrankungen, wenigstens was den bakteriologischen Befund anbetrifft. Es sind aber auch Fälle beobachtet worden, wo im Eiter Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden. In allen diesen Fällen handelt es sich um akute Entzündungen. Nach Lewin gehört zu dem typischen Bilde der „diphtherischen Otitis media“ der Befund von fibrinösem Belag und der positive bakteriologische Befund. Im Gegensatz hierzu bezeichnet er die Otitis im Anschluß an Diphtherie als „Diphtherieotitis“. Kobrack unterscheidet, nach Ausschaltung der nicht durch Diphtheriekeime hervorgerufenen Mittelohrentzündung mit Belägen, zwei Formen der Diphtherie des Mittelohres; 1. die Otitis media diphtherobacillaris pseudomembranacea; 2. die Otitis media diphtherobacillaris purulenta non pseudomembranacea.

Beneri beobachtete einen Fall von jahrelang bestehender Mittelohreiterung, wobei schließlich, als plötzliche Schwindelanfälle (typischer Drehschwindel) auftraten, die Totalaufmeißelung ausgeführt wurde. Dabei fand man bis auf nicht sehr ausgedehnte Knochenerweichungen und geringen fadenziehenden Eiter normale Verhältnisse der Mittelohrräume. Im Eiter wurden mikroskopisch und kulturell Diphtheriebazillen nachgewiesen. Er erklärt den Fall als eine Otitis media diphtherobacillaris purulenta non pseudomembranacea auf der Basis einer chronischen Mittelohreiterung. Zur Einteilung der diphtherischen Mittelohrentzündungen empfiehlt er folgendes Schema:

1. Diphtherieotitis im Anschluß an Allgemeininfektion.
2. Sekundäre Diphtherie des Ohres.
 - a) Otitis media diphtherobacillaris pseudomembranacea;
 - b) Otitis media diphtherobacillaris purulenta non pseudomembranacea.
3. Primäre Diphtherie des Ohres.
 - a) pseudomembranacea;
 - b) non pseudomembranacea.

Außer echter Ohrdiphtherie sind beobachtet worden Hautdiphtherie (Marschalko), Diphtherie der Vulva und Diphtherie des Anus (Blochmann, Haas, Delbancó).

(Fortsetzung folgt.)

Journal-Auszüge.

Anthrax.

Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes. Von Dr. C. E. Veit (Aus der Chirurgischen Klinik zu Halle). Die Therapie, die an der v. Bramann'schen Klinik eingeschlagen wird, besteht in möglichster Ruhigstellung des betroffenen Gliedes und Behandlung des Karbunkels mit grauer Salbe. Obendrein werden zur allgemeinen Behandlung reichlich Exzitantien dargereicht und Herzmittel: Digitalis, Digalen, Koffein und Kampfer. Bei dieser konservativen Behandlung geht die Infiltration meistens innerhalb kurzer Zeit zurück. Die Bläschen trocknen ein und die Nekrose stößt sich unter weiterer Salbenbehandlung oder trockenen Verbänden ab. Die Drüenschwellung geht alsbald zurück. Die Patienten können nach Verlauf von einer Woche das Bett verlassen. Seit 1890 wurden an der v. Bramann'schen Klinik 49 Fälle von Milzbrand konservativ behandelt; da nur zwei Fälle gestorben sind, würden diese eine Mortalität von 4% ergeben. Dieses gute Resultat dürfte wohl der beste Beweis für die Richtigkeit der von Geheimrat v. Bramann angegebenen Therapie sein. Diese besteht, um es noch einmal kurz zusammenzufassen: Verband mit grauer Salbe auf die Milzbrandkarakunkel unter möglichster Ruhigstellung und Suspension der betroffenen Abschnitte. Stärkung des Herzens durch Herzmittel, obendrein Alkohol in reichlichem Maße innerlich.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Arzneiexantheme.

Ueber ein charakteristisches Arzneiexanthem nach Pantopon. Von Dr. E. Klausner (Aus der deutschen Universitäts-

Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Prag). Verfasser konnte bei der subkutanen Verwendung des sowohl magistraliter verschriebenen, als auch in Originalampullen bezogenen Pantopon-Skopolamins, das er mit gutem Erfolge als Beruhigungsmittel vor Lumbalpunktionen verwendet, eine Hautveränderung konstatieren, die charakterisiert war durch ein intensiv rotes, um die Einstichsstelle in einer handflächengroßen Ausdehnung lokalisiertes Erythem, nach subkutaner Injektion am Unterarm, welches wenige Minuten nach der Injektion auftrat und sich in kurzer Zeit fleckenförmig über die Beugeseite des ganzen Unterarms und weiter des Oberarms bis gegen die Achselhöhle hin verbreitete. Dabei tritt unter mäßigem Juckgefühl stets an der Einstichsstelle, häufig an der Stelle der in Mengen von $\frac{1}{2}$ —1 ccm injizierten Flüssigkeit, in manchen Fällen aber ohne jede Beziehung zur Einstichsrichtung, so z. B. 8—10 cm unterhalb der 0,5 ccm injizierten Pantoponlösung von 0,02 g, also entgegengesetzt der Einstichsrichtung eine weiße Quaddel auf, deren Größe von $\frac{1}{2}$ —3 cm im Durchmesser schwankt. Die geschilderten Hauterscheinungen, die etwa nach zehn Minuten ihren Höhepunkt erreicht haben, bilden sich rasch zurück. Das Erythem blaßt ab, während gleichzeitig die Quaddeln unter Zurücklassung eines leichten, dem Sitze der Quaddel entsprechenden Hautödems, das ebenfalls nach ein bis zwei Stunden schwindet, sich zurückbilden. Die Verwendung des Pantopons allein zeigte, daß das Erythem diesem Mittel sein Entstehen verdankte, während das Skopolamin allein keinerlei Hautveränderungen hervorrief. Das eben beschriebene Hautphänomen nach subkutaner Pantoponinjektion wurde bei allen so behandelten Patienten festgestellt. Es schwankten natürlich die Hauterscheinungen, sowohl was Ausbreitung des Erythems als auch Größe und Zahl der Quaddeln anbelangt. Unter den 76 injizierten Fällen befanden sich 66 weibliche und 10 männliche Individuen. Im allgemeinen zeigten jugendliche Personen, und besonders leicht erregbare weibliche Patientinnen, die intensivsten, ausgebreitetsten Erytheme und die größten Quaddeln. Es muß also das nach subkutaner Injektion von Pantopon auftretende Hautphänomen, in Form von Erythem und Quaddelbildung, als ein echtes, lokal auftretendes Arzneiexanthem bezeichnet werden. Man muß deshalb J a d a s s o h n darin beipflichten, wenn er betont, daß der Begriff des Arzneiexanthems nicht notwendig an den der idiosynkrasischen Exantheme gebunden sein muß, denn auch in dem vorliegenden Falle handelt es sich um ein chemisches, bei allen Individuen auftretendes, durch einen chemischen Körper hervorgerufenes Arzneiexanthem, demnach nicht um das Symptomenbild einer Idiosynkrasie, einer Ueberempfindlichkeit bestimmter Individuen gegen ein Arzneimittel. Arzneiexantheme nach Opiumpräparaten sind bisher in der Literatur

spärlich verzeichnet, im allgemeinen handelt es sich um erythemartige, skarlatiniforme, urtikarielle Hautveränderungen, die nach innerem Gebrauch von Morphin, Kodein, Tinctura Opii, Pulvis Doveri und anderen Opiaten auftraten, auch nach subkutanen Morphininjektionen und nach rektaler Applikation in Form von Suppositorien. In all diesen Fällen handelt es sich um jene oben erwähnte Form medikamentöser Hautausschläge, die nur bei gewissen, gegen die betreffenden Mittel überempfindlichen Individuen auftreten und bisher mit dem Namen der Arzneiidiosynkrasien benannt wurden, während im Pantopon anscheinend ein oder mehrere chemische Körper vorhanden sind, die imstande sind, bei jedem Menschen die gleichen, typischen, nur in der Intensität verschiedenen Hauterscheinungen hervorzurufen. Was nun die chemische Beschaffenheit der betreffenden wirksamen Körper betrifft, so kann Verfasser derzeit nur sagen, daß der im Wasserbade abgedampfte Rückstand der Tinctura Opii simplex mit destilliertem Wasser entsprechend dem zehnten Teile der Tinktur aufgenommen, gleichfalls, wenn auch in schwächerem Grade, Erythem und Quaddelbildung erzeugte. Dasselbe gilt auch vom Morphin und Kodein, während andere Alkaloide, wie Kokain, Skopolamin und Atropin, keinerlei Hauterscheinungen bei subkutaner Applikation hervorriefen. Durch das Entgegenkommen der Firma Hoffmann-LaRoche wurde es Verfasser möglich, auch mit dem neuesten morphinfreien Opiumpräparate, dem Opon, Versuche anzustellen. Hier zeigte es sich, daß die für das Pantopon charakteristischen Hauterscheinungen in derselben Intensität auftraten, wie bei ersterem, so daß man annehmen muß, daß im Pantopon wohl neben dem Morphin vor allem andere Alkaloide des Opiums in Betracht kommen, eine ätiologische Frage, deren Beantwortung ebenso wie die Pathogenese des Phänomens Aufgabe weiterer Untersuchungen sein soll. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Asthma.

Neuer Weg zur Asthmabehandlung. Von Dr. O. Weiß (Aus dem Kurhaus Südende-Berlin). Verfasser hat an einer großen Reihe von teilweise außerordentlich schwer leidenden Asthmatikern fast augenblickliches Verschwinden des Anfalles dadurch erzielt, daß er dem Patienten eine sterile wässrige Lösung von Nebennierenextrakt in Verbindung eines Extraktes auf dem infundibularen Lappen der Hypophysis cerebri subkutan injizierte.¹⁾ Nebennierenextrakt allein brachte die gewünschte Wirkung nicht annähernd hervor. Wohl trat auch dabei eine Vermehrung der Atemzüge ein, doch

¹⁾ Diese Lösung wird in sterilen Ampullen unter dem gesetzlich geschützten Namen Asthmolysin von der Firma Dr. Kade, Berlin SO. 26 in den Handel gebracht und ist durch alle Apotheken zu beziehen.

eine Beeinflussung des Anfalls war nicht annähernd so prompt und häufig wie bei Asthmolysin. Jede Ampulle enthält 1,1 ccm Asthmolysin, und zwar an Nebennierenextrakt 0,0008 und an Hypophysenextrakt 0,04, dazu einige unwesentliche Zutaten, die den Zweck haben, die Lösung vollkommen haltbar zu machen. Die Wirkung war stets vorzüglich, und Verfasser hat bei über dreitausendfacher Anwendung höchstens zehnmal ein Versagen insofern erlebt, als der Anfall nicht völlig innerhalb 12—15 Minuten verschwunden war, so daß eine Wiederholung der Injektion erforderlich wurde. Die Wirkungsweise der Lösung ist so zu denken, daß durch die Injektion dem Blute das fehlende Sekret der benannten Drüsen zugeführt und die durch den Mangel jenes Sekretes verursachte Wirkung, die letzten Endes als Asthmaanfall in die Erscheinung tritt, wieder wettgemacht wird. So viel steht fest, daß die von allen Kranken als große Wohltat empfundene Wirkung durch keinerlei Schädigung irgend eines Organes erkauft wird, da es sich ja nicht um die Einführung eines metallischen oder pflanzlichen Giftstoffes, sondern um die Ergänzung fehlender notwendiger Bestandteile des menschlichen Blutes handelt. Wenn man bedenkt, wie groß der Schaden ist, den Morphinum, Kokain und Atropin, um nur diese drei Hauptasthmakupierungsmittel zu nennen, alltäglich anrichten, und wenn man auf der anderen Seite sieht, wie furchtbar diese Armen unter ihrer Krankheit leiden, so wird jeder Kollege erfreut sein, in dem Asthmolysin ein Mittel kennen zu lernen, das ihm in den allermeisten Fällen die Qualen seiner Kranken sofort zu beendigen gestattet, ohne den Teufel mit Beelzebub austreiben, d. h. ohne den Körper durch die genannten Gifte aufs schwerste zu schädigen. Auch die mit den bekannten Zerstäubungsapparaten dem Körper einverleibten Lösungen enthalten, wenn sie wirksam sind, so viele Giftstoffe (Alypin nitr., Novokain, Kokain, Atropin etc. etc.), daß durch den längeren Gebrauch schwere Schädigungen des Nervensystems und des Herzmuskels unausbleiblich sind — abgesehen davon, daß die Wirkungsweise all dieser Gifte nur eine betäubende ist, die nicht mit der rein physiologischen des Asthmolysins verglichen werden kann. Verfasser hat nach Feststellung der Unschädlichkeit des Asthmolysins — die zehnfache Dosis verursachte ihm keinerlei Beschwerden — kein Bedenken getragen, Kranken, die er aus der Kur entließ, die Spritze selbst in die Hand zu geben, damit sie sich bei etwa noch eintretenden Anfällen sofort selbst helfen konnten. Indessen muß das jeder Kollege je nach Lage des Falles entscheiden. Als besonderer Vorzug des Asthmolysins dürfte noch der Umstand hervorzuheben sein, daß das Mittel keinerlei üble Nachwirkungen auslöst, wie Kopfschmerz, Uebelkeit oder dergleichen, Zugaben, die nach Morphinum und Kokain doch recht häufig sind und die Kranken oft tagelang peinigen. Die vorliegenden Berichte

von Kollegen aus Deutschland, Oesterreich und Rußland lauten übereinstimmend günstig und heben als weiteren Vorzug hervor, daß sich etwa angesammeltes Sekret der Bronchialschleimhaut nach der Injektion sofort löst und leicht ausgehustet wird, womit in jedem Falle sofortige Erleichterung und gänzliches Schwinden des Anfalles auftrat. Es liegt auf der Hand, daß durch die Injektionen die tiefere Ursache des Asthmas bzw. die reizauslösenden Momente anderer Herkunft nicht berührt werden. Diese bedürfen nach wie vor einer eingehenden, streng individuellen Behandlung, am besten in einer gut geleiteten Spezialanstalt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912. Nr. 38.)

Blutungen.

Die Behandlung der Blutungen in der Geburtshilfe. Von Dr. Rudolph Klien (Leipzig). — Die meisten Autoren sprechen sich für die Beibehaltung der kombinierten Wendung nach Braxton Hicks aus, abgesehen von wenigen Ausnahmefällen. Sie hat den Vorteil des nur einmaligen Eingriffes und ist beinahe souverän hinsichtlich der Blutstillung, die der herabgezogene Steiß bewirkt. Allerdings ist auch ihre Ausführung durchaus nicht immer leicht; aber der Arzt muß sich möglichste Fertigkeit und Gewandtheit in der Ausführung dieser so eminent lebenserhaltenden Operation aneignen, sonst ist er kein guter Geburtshelfer. Die Schwierigkeiten sind um so größer, je enger der Zervikalkanal ist. Ist dieser erst für einen Finger durchgängig, so ist der von Henkel gegebene Rat beachtlich. Man soll zunächst mittels einer halben Kugelzange die Fruchtblase aufreißen. Nachdem man etwas Fruchtwasser abgelassen, sucht man mit dem Zeigefinger an den Fuß heranzukommen. Dieser wird dann so eingestellt, daß die Zehen direkt über dem inneren Muttermund liegen; der Zeigefinger berührt sie, und jetzt legt man unter Kontrolle dieses Zeigefingers eine Kornzange an den Fuß und zieht ihn unter möglichster Streckung durch den Zervikalkanal bis vor den äußeren Muttermund. Zur kombinierten Wendung ist Narkose erforderlich. Die digitale Erweiterung des erst für einen Finger durchgängigen Zervikalkanals empfiehlt sich nicht, weil sich dabei des öfteren Zervixrisse ereignen. Daß mit der Wendung nach Braxton Hicks ganz vorzügliche Resultate betreffs der Mütter erreicht werden können, beweist z. B. das Material der Würzburger Klinik, in der die allerdings gereinigte mütterliche Mortalität bei 100 Fällen nur 3% betrug, für die Kinder jenseits der 32. Woche 52%. Jene drei Mütter sind groben Störungen der Nachgeburtsperiode erlegen. Mit Recht wird daher die Frage aufgeworfen, ob nicht die Nachgeburtsperiode in Pl. pr.-Fällen mit hochgradiger Anämie aktiver als üblich zu behandeln sei, so, daß man gleich nach

der Geburt des Kindes (wie dies Döderlein nach der Hystero-
tomie tut) zur manuellen Entfernung der Plazenta schreitet mit an-
schließender Uterovaginaltamponade; denn gerade beim Zuwarten in
diesem Stadium ginge oft noch viel Blut verloren, und wenn es nur
aus kleinen Einrissen, die bei der Geburt des Kindes entstanden sind,
herrühre. An sich gar nicht erheblich, können solche kleine Nach-
blutungen schwer ausgebluteten Frauen den Rest geben. Sicherlich
ist in solchen Fällen auch von der Taillenumschnürung ein großer
Vorteil zu erwarten, wenn der bereits untergelegte Schlauch sofort
nach der Geburt des Kindes angezogen und fest umgelegt wird. In
der Budapester Klinik hat man bereits günstige Erfahrungen
gemacht. Eine Kategorie von Praevia-Fällen wird noch besonders
erwähnt, die Fälle, in denen es bei noch völlig erhaltener und un-
durchgängiger Cervix blutet. Selbst wenn man sich in solchen Fällen
zu dem hier gewiß gerechtfertigten Kaiserschnitt in irgend einer
Form entschließen will und kann (in der Klinik natürlich), für den
Transport dahin und sonst, wenn die Frau im Hause verbleibt, über-
haupt, bleibt kein anderes Mittel zur vorübergehenden Blutstillung
und gleichzeitigen Anregung von Wehen übrig, als die vielgeschmähte
Tamponade der Vagina. Jeder Arzt ist imstande, eine solche Tam-
ponade derartig auszuführen, daß eine Infektion durch sie nicht
bedingt wird. An sterilem, eventuell antiseptisch imprägniertem
Tamponadematerial fehlt es nicht und darf es nicht fehlen, und eine
sorgfältige Desinfektion der äußeren Genitalien, auf die es haupt-
sächlich ankommt, und auch der Scheide läßt sich ebenfalls machen.
Kl. verwendet zu einer solchen Tamponade sterile Vioformgazebinden,
um, nach Einführen der Simon'schen Rinnenspekula, zunächst
die Vaginalgewölbe und den Raum unmittelbar vor der Portio mit
ihnen fest auszustopfen; der übrige Teil der Scheide wird mit derben
sterilen Wattetampons vollgepfropft, deren kräftige Umschnürungs-
fäden zur Vulva heraushängen bleiben. Man kann zu letzterem
Zwecke natürlich auch Wattestreifen verwenden. Keine derartig
temporär tamponierte Frau ist an Infektion zugrunde gegangen, und
es kann nicht gutgeheißen werden, wenn dem Praktiker hinter jede
für ihn mitunter unentbehrliche Tamponade bei Placenta praevia
geflissentlich das Gespenst der schweren unvermeidlichen Infektion
gemalt wird. Natürlich wird man eine solche Tamponade nicht
länger als höchstens 24 Stunden liegen lassen.

(Berliner Klinik 290. —
Deutsche Mediz.-Zeitung 1912 Nr. 40.)

**Hämaturie infolge von Blasenblutung diabetischen Ur-
sprungs.** Von Dr. H. Lohnstein in Berlin. Fr. M., 62 Jahre
alt, ist bisher stets gesund gewesen. Sie konsultierte Verfasser auf

Veranlassung ihres Arztes, weil sie vor einigen Tagen blutigen Harn entleert hatte. Gleichzeitig klagte sie über leichte, ziehende Schmerzen in der linken Nierengegend. Die Palpation beider Nieren ergab nichts Besonderes. Der Harn war leicht getrübt, das zentrifugierte Sediment bestand fast ausschließlich aus Epithelien verschiedener Form. Albumin fehlte; eine Untersuchung auf Zucker wurde nicht ausgeführt. Die Zystoskopie ergab keine Abnormitäten der Blasen-schleimhaut. Patientin klagte über leichten Harndrang. Der Uretherkatheterismus ergab rechts: normalen, klaren Harn. Links: Harn leicht getrübt. Das Sediment bestand aus Epithelien, Erythrozyten; keine Leukozyten. Spuren von Albumin im Harn der linken Niere. Auf Grund dieses Befundes nahm Verfasser an, daß die Blutung, die bei der Untersuchung der Patientin bereits spontan sistiert hatte, aus der linken Niere stammte, obwohl, wie bekannt, ein Befund, wie der erhobene, auch bei vollkommen intakter Niere durch Trauma infolge des durch den Ureterkatheter auf die Ureterschleimhaut ausgeübten Reizes häufig zustande kommt. Da außerdem die Patientin weder subjektive noch objektive Krankheitssymptome zeigte, so verhielt Verfasser sich zunächst abwartend. Vier Tage nach der ersten Untersuchung erschien die Patientin wiederum und berichtete, daß der Urin in der Zwischenzeit klar geblieben wäre, auch keine Empfindlichkeit in der linken Nierengegend mehr vorhanden sei; dagegen sei die Wäsche blutig gefärbt. Als Verfasser nun behufs Untersuchung die Patientin entblößte, konstatierte er, daß die Harnröhre der Patientin stark geschwollen und ektropioniert war. An dem proximalen Ende des ektropionierten Abschnittes der Schleimhaut war ein etwa 1 cm im Durchschnitt haltendes flaches Geschwür sichtbar, dessen Oberfläche gangränös erschien. Diese Beobachtung veranlaßte Verfasser, den Harn der Patientin auf Zucker zu untersuchen. Wirklich ergab die qualitative Untersuchung einen positiven Befund, die Untersuchung mittels Gärungsröhrchen 1% Saccharum. Nach Einleitung einer antidiabetischen Diät, sowie lokaler antiseptischer Behandlung verschwand der Zucker, das Geschwür heilte zu; die Harnröhrenschleimhaut blieb allerdings noch zwei Wochen hindurch geschwollen und ektropioniert. Die Hämaturie ist später nicht wieder beobachtet worden. — Es handelt sich in diesem Falle um eine Blasenblutung infolge eines an dem Uebergange von der Blase zur Harnröhre gelegenen gangränösen Geschwürs, dessen Aetiologie wohl in dem Diabetes, an dem die Patientin litt, zu suchen ist. Aus seiner Lage erklärt es sich, warum bei der Zystoskopie das Geschwür unentdeckt blieb. Der Befund gelegentlich der Katheterisierung der linken Niere war durch traumatische Einwirkung des Ureterkatheters auf die Ureterschleimhaut zu erklären, wie dies ja nicht selten beim Ureterkatheterismus vorkommt. In bezug auf ihre

Aetiologie ist die Beobachtung höchst ungewöhnlich; Verfasser hat in der Literatur bisher kein Analogon auffinden können.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Bronchiektasien.

Die Behandlung der Bronchiektasien. Von Brauer. Die Gruppierung der Bronchiektasien ist exakt kaum möglich und man muß deshalb nur nach praktischen Gesichtspunkten prognostisch und klinisch ähnlich sich verhaltende Fälle zusammenfassen. So verfahren, scheidet Brauer drei Gruppen: die erste enthält die Bronchiektasien bzw. chronischen Eiterungen, die von Erkrankungen der Bronchien ihren Ausgang haben, meist die diffusen, multiplen, fingerförmigen Erweiterungen machen und oft von einfachen chronischen Bronchitiden kaum zu scheiden sind. Hierher müssen auch lokale Schädigungen (Fremdkörper, luetische Affektionen u. a.) gezählt werden. Die zweite Gruppe umfaßt die Bronchiektasien bzw. Lungeneiterungen, die ihren Ursprung in Pneumonien und pleuropneumonischen Erkrankungen, oft mit Schrumpfungsvorgängen im Lungengewebe einhergehend, haben. Eine dritte Gruppe setzt sich dann in buntem Gemisch aus den Folgezuständen zusammen, Abszessen, Gangränen mit mannigfaltigen Komplikationen, die sich aus Typen der ersten beiden Gruppen entwickeln. Die Behandlung der Bronchiektasien wird zunächst intern sein, und es ist nicht zu bezweifeln, daß durch medikamentöse und physikalische Methoden in vielen, besonders in den beginnenden Fällen viel erreicht werden kann. Unter den Medikamenten sind neben Expektorantien und Atropinpräparaten milde Narkotika nicht zu scheuen. Unter den physikalischen Methoden sind Inhalationen und die Lagerungen der Kranken zur Entleerung der Kavernen nach Quincke's Vorschlag besonders zu empfehlen. Aber die Erfolge der internen Maßnahmen sind doch nur bescheiden. Wirkliche Dauererfolge können nur auf chirurgischem Wege erzielt werden. Die Neigung des Prozesses zu ständigem Fortschreiten und zu stets erneuten Schüben und schweren lokalen oder ausgedehnteren Komplikationen mahnt energisch, mit dem operativen Vorgehen nicht zu lange zu warten, sondern, bevor noch der Patient der schweren Kachexie anheimgefallen ist, rechtzeitig operativ einzugreifen. Die Indikationen zur Operation ergeben sich aus folgenden Momenten: Die Resultate der internen Therapie schaffen keinen, den Patienten als Individuum befriedigenden Zustand (z. B. ständiger Hustenreiz und fötider Geruch als sozial störende Symptome); ferner Kräfteverfall, Massenhaftigkeit des Sputums, alle schweren oder gehäuft auftretenden Komplikationen (Blutungen, Amyloid, Gangrän etc.). Ist man zur Operation entschlossen, so muß die Wahl der Methode von Fall zu Fall entschieden

werden, da bei dem proteusartigen Krankheitsbilde strikte Indikationen nicht gegeben werden können. Als Haupttypen der Operationsmethoden werden aufgeführt die Lungenkollapstherapie durch Anlegung eines Pneumothorax oder durch Thorakoplastik, die Anlegung einer Lungenfistel, die Pneumotomie mit Aufschlitzen der Ektasien oder mit breiter Verödung oder ausgedehnter Resektion von Lungenteilen, dazu die **Brun s - Sauerbruch'sche** Operation, die die Unterbindung eines Teils der A. pulmonalis zwecks Verödung des zugehörigen Lungenabschnittes bezweckt, und endlich die verschiedenen Methoden der Fremdkörperextraktion. An der Hand größerer Reihen einzelner Fälle, die **Brauer** aus seinem Material von über 100 Fällen vorträgt, sucht er zu zeigen, daß alle genannten Methoden kurativ oder doch palliativ Gutes leisten können, daß aber auch allen ihre Grenzen gesteckt sind. Zusammenfassend kommt **Brauer** zu dem Schluß, daß in allen Fällen zunächst durch innere Mittel ein erträglicher Dauerzustand zu erreichen gesucht werden soll. Sobald es sich aber zeigt, daß dies Resultat so nicht erreicht werden kann, soll rechtzeitig, und nicht erst, wenn der dekrepide Gesamtzustand die Gefahren der Operation ungeheuer erhöht, zu einem je nach dem Einzelfall auszuwählenden Eingriff geschritten werden. Dann sind die Resultate der operativen Therapie auch nicht so ungünstig, wie es im allgemeinen die Sammelstatistiken glauben machen. Ueber die Wahl der Methode lassen sich Direktiven kaum geben. Man wird gut tun, zunächst einen relativ harmlosen Weg (z. B. künstlicher Pneumothorax) einzuschlagen, und erst später, wenn der Erfolg nicht genügt, zu eingreifenderen Operationen sich entschließen. Es erscheint wünschenswert, sich den chronischen Lungeneiterungen gegenüber frühzeitiger als bisher zu operativen Eingriffen zu entschließen und diese Eingriffe nicht, wie es vielfach geschieht, erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn den Kranken weder zu helfen noch Linderung zu bringen die Möglichkeit besteht.

(Aerztlicher Verein in Hamburg 21. Mai 1912.)

Diabetes.

Ueber Hediosit. Von Sanitäts-Rat Dr. **Kraner**, Hausarzt des Sanatoriums (Aus Prof. **Sandmeyer's** Sanatorium für Zuckerkranken in Zehlendorf bei Berlin). Seit einiger Zeit ist von den Farbwerken, vormals Meister, Lucius & Brüning, zu Höchst a. M. ein Siebenzucker in den Handel gebracht worden, der zuerst von Prof. **Georg Rosenfeld** (Breslau) genauer studiert worden ist. Seine Forschungsergebnisse wurden später von **J. Pringsheim**, **Fritz Rosenfeld** (Stuttgart), **Eduard Lampé** (Frankfurt a. M.) und neuerdings von **Julius Kretschmer** aus Prof. **Albus** Privatklinik bestätigt. Hiernach ist Hediosit das innere An-

hydrit oder das Lakton der Glykoheptonsäure: $C_7H_{12}O_7$, leicht löslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol, unlöslich in Aether; es bildet stark glänzende, trimetrische Kristalle, die bei $145-148^\circ C$. erweichen; es soll ein nährender Süßstoff von angenehmem Geschmack sein, der einen Brennwert, der dem des Traubenzuckers gleich ist, besitzt. Nach Georg Rosenfeld hat Hediosit bei Tieren eine günstige Beeinflussung der experimentellen Glykosurie. Bei therapeutischen Versuchen am Menschen fand sich, daß dieser Siebenzucker die Glykosurie auch der schwersten Fälle nicht nur nicht erhöht, sondern oft vermindert, die aus sonstigen Quellen stammende Zuckerausscheidung des diabetischen Menschen meist wesentlich herabsetzend und den Effekt der Gemüse-Eier-Tage ausgiebiger machend. Das Hediosit wird auch vom schwersten Diabetiker leicht oxydiert, soll keine Nebenerscheinungen, wie Appetitlosigkeit und Uebelbefinden, mit sich bringen, sondern während der Dauer der Darreichung äußerstes Wohlbefinden hervorrufen. Das Mittel soll keinen Einfluß auf die Herabminderung der Azetonurie haben. Es wird in Tagesdosen von 10—30 g, in Tee oder den Speisen zugesetzt gegeben; es macht zuweilen leichte Diarrhöen nach Gaben von über 20 g täglich; es wirkt am günstigsten da, wo keinerlei Abführwirkung oder nur eine solche in willkommenem Umfange erzielt wird. Aus allen diesen Gründen kann nach der übereinstimmenden Ansicht der vorgenannten Autoren Hediosit bei Diabetikern als Nährstoff Verwendung finden. In Sandmeyer's Sanatorium wurden in der Zeit vom November 1911 bis Ende September 1912 19 Patienten mit Hediosit behandelt, unter denen drei der leichtesten, die übrigen 16 den schwereren und schwersten Formen des Diabetes zuzurechnen sind. Die angestellten Beobachtungen berechtigen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Zuckerausscheidung sinkt bei Hediositgebrauch um durchschnittlich 5,3 g, nach Aussetzen des Mittels steigt sie bald wieder erheblich an (bis 7,4 g im Mittel).

2. Bei Hediositgebrauch wird im Nachtharn weniger Zucker (bis durchschnittlich 1,7 g) ausgeschieden als im Tagharn.

3. Die Schwankungen in der Zuckerausscheidung sind bei den einzelnen Kranken während der Tage der Hediositanwendung sehr verschieden groß. Zunächst ist in der Mehrzahl der Fälle ein starkes Sinken derselben zu beobachten, dem manchmal ein vorübergehendes Ansteigen folgt, so zwar, daß in der Gesamtanwendungszeit immer noch ein durchschnittliches Sinken der Zuckerausscheidung um mehr als 5 g zu verzeichnen ist, welche Zahl sich mit der unter 1. angegebenen vollkommen deckt. Die volle Hediositwirkung tritt zumeist innerhalb der ersten 12—24 Stunden der Darreichung, selten erst am zweiten Tage ein, um in solchen Fällen manchmal eine kurze

Nachwirkung innerhalb der dem Aussetzen des Mittels folgenden 24 Stunden mit sich zu bringen.

4. Das Hediosit hat manchmal einen gewissen Einfluß auf die Vermehrung der 24stündigen Harnmenge. Eine größere Verminderung derselben hängt u. a. auch mit auftretenden Diarrhöen infolge Hediositanwendung und eventuell mit Wasserretention in den Geweben bei gleichzeitigem Gebrauch von doppeltkohlensaurem Natron zusammen.

5. Das Hediosit ermöglicht stärkere Wirkungen der intensiveren Diätbeschränkung und macht den Effekt der Gemüse-Eier-Tage ausgiebiger.

6. Hediosit scheint in der Mehrzahl der Fälle einen Einfluß auf die Herabminderung der Azetonausscheidung zu haben.

7. Hediosit hat an sich keinen wesentlichen Einfluß auf die Zunahme oder Abnahme des Körpergewichts.

8. Hediosit bewirkte unter 19 Kranken bei 5 = 26,3% Diarrhöen; meist vorübergehender Art und bei 3 = 15,8% Appetitlosigkeit und Uebelbefinden nach Tagesdosen von 30 g. Das Allgemeinbefinden war demnach in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht beeinträchtigt.

9. Ob Hediosit bei Diabetikern wird wirtschaftlich verwertet werden können, erscheint fraglich, besonders deshalb, weil es ziemlich teuer ist. Dem Saccharin steht es bezüglich der Süßigkeit überdies wesentlich nach. Das Feld seiner Verwendbarkeit wird wohl fürs erste vorwiegend auf dem klinisch-therapeutischen Gebiete liegen.
(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Pathologische Veränderungen des Pankreas bei chronischem Alkoholismus. Von Privatdozent Dr. M. Lissauer (Aus dem Pathologischen Institut in Königsberg). Pathologische Veränderungen des Pankreas finden sich in großer Anzahl bei chronischem Alkoholismus; sie betreffen das Bindegewebe und das Parenchym. Im interstitiellen Bindegewebe findet sich eine chronische Pancreatitis interstitialis verschiedenen Grades, am Parenchym eine Verfettung. Beide Veränderungen sind ätiologisch auf den chronischen Alkoholismus zu beziehen, eine andere Ursache für sie ist in den geeigneten Fällen nicht nachzuweisen. Die gefundenen pathologischen Veränderungen sind in Parallele zu setzen mit den krankhaften Veränderungen anderer Organe bei chronischem Alkoholismus, besonders der Leber, der Leberzirrhose und der Fettleber. Sie berechtigen uns, von einem Säuerpankreas zu sprechen, wie das schon Friedrich getan hat. Die klinische Bedeutung dieser Befunde beruht darauf, daß mit der Entwicklung eines Diabetes gerechnet werden muß; die

klinisch schon lange bekannten Beziehungen zwischen chronischem Alkoholismus und Diabetes finden hierin eine anatomische Stütze.
(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Diphtherie.

Die Behandlung der Diphtherie. Von E. Feer. Das Diphtherieheilserum ist das souveräne Heilmittel bei Diphtherie, es muß möglichst frühzeitig zur Anwendung gelangen — das ist die Quintessenz des ersten Teiles dieses „klinischen Vortrages“. Dann geht F. auf die prophylaktische Anwendung über. Seines Erachtens sollte man darum prophylaktische Seruminjektionen nur bei genügender Indikation vornehmen, denn man riskiert immer, wenn das Risiko auch minimal ist, bei einer späteren Injektion, die nach wenigen Wochen wegen Erkrankung an Diphtherie notwendig wird, einen gefährlichen, anaphylaktischen Shock auszulösen. F. empfiehlt darum seit vielen Jahren, im Privathause bei gut überwachten Kindern keine prophylaktischen Injektionen zu machen, auch nicht im Hospital, wenn auf den gewöhnlichen Abteilungen ein Diphtheriefall aufgetreten ist, und hat hiervon noch nie Nachteile gesehen. Nur bei schlecht überwachten Kindern der ersten Jahre hält F. im Privathause eventuell solche Injektionen für angebracht.

Das vorliegende Material ist noch zu klein, um die rettende Wirkung der gewaltigen, neuerdings angewendeten Dosen zu beweisen. F. scheint der Vorzug gegenüber Dosen von 4000—7000 I.-E. nicht deutlich, und er fürchtet, daß wir hier resignieren müssen. Die Sache ist aber so außerordentlich wichtig, daß die Versuche unbedingt fortgesetzt werden müssen bis zur Abklärung der Verhältnisse, und F. selbst möchte empfehlen, in Fällen, wo die Mittel es erlauben, 10000 bis 20000 I.-E. anzuwenden (20000 I.-E. kosten 50 Mark) und eventuell nach 24 Stunden nochmals zu wiederholen. Es besteht kein Zweifel, daß die intravenöse Injektion der subkutanen bei weitem überlegen ist, wie F. sich selbst überzeugt hat. Sie verdient deshalb, in schweren Fällen stets angewendet oder wenigstens versucht zu werden, wo die Kinder sichtbare Venen in der Ellenbeuge besitzen, was von drei bis vier Jahren an oft der Fall ist. Bei bedrohlichem Zustande, wo rasche Hilfe not tut, empfiehlt sich eventuell die Präparation der Vene, wenn keine sichtbar vorliegt. Auch die intramuskuläre Injektion besitzt große Vorzüge vor der subkutanen, indem bei der ersteren die Resorption des Serums fünf- bis siebenmal rascher vor sich geht und zudem noch weniger Schmerz bereitet. Man kann die Injektion in den Glutaeen, oder, was F. vorzieht, in die Oberschenkelmuskulatur (Vastus externus) vornehmen. Nach dem gegenwärtigen Stande der Kenntnisse sollte man überhaupt keine subkutanen Injektionen mehr machen. Für gewöhnlich empfiehlt sich

die intramuskuläre Injektion. Wo die Vene für die Nadel leicht erreichbar ist, wird man diesen Weg in dringenden Fällen noch vorziehen, obschon es noch nicht feststeht, ob die intravenöse Injektion erhebliche Vorteile vor der intramuskulären besitzt. Seit der Behandlung mit Heilserum ist die lokale Therapie, ausgenommen bei Kehlkopfstenose, ganz in den Hintergrund getreten. Die meisten Aerzte haben mit Recht die früher beliebten Pinselungen des Rachens als überflüssige und schädliche Plagerei eingestellt. Nur bei sehr häßlichen, stinkenden Belägen, trockenem Munde hält F. leichte Ausspülungen mit stark verdünntem Wasserstoffsuperoxyd für nützlich. Die Kinder lassen sich diese bei geschicktem Vorgehen oft recht gern gefallen, ebenso Versprayung von Wasserstoffsuperoxyd im Munde. Oft glaubt F. auch einen Nutzen gesehen zu haben von mehrmaligen Einblasungen von Natrium sozodol. mit Sulfur. praecipitat. aa. Die Verwendung der Pyozyanase hat F. wieder eingestellt, des üblen Geruches wegen, und da er sich von einem Nutzen nicht überzeugen konnte. Bei Nasendiphtherie unterlasse man Duschen gänzlich. Es genügt, die Nase oft und sorgfältig zu reinigen, die Nasenöffnung mit einer Lanolinsalbe (ebenso die Oberlippe bei Neigung zu Rissigwerden) zu schützen. Die von Tr u m p p empfohlenen stündlichen Einblasungen mit Bolus alba steril. wirken bisweilen recht günstig. Bei gewöhnlichem Schnupfen ist ihre Wirkung oft augenfällig. Was die Anwendung von Halswickeln anbetrifft, so muß F. gestehen, daß er sich über ihre Wirkungsweise noch keine Klarheit verschaffen konnte. Es ist für ihn sicher, daß Eisumschläge bei beginnendem Kehlkopfkrupp wie bei Pseudokrupp verschlimmernd wirken. Bei Rachendiphtherie mit starker Drüsenschwellung und hohem Fieber werden Eisumschläge oft angenehm empfunden, später verdienen kalte, zweistündig gewechselte feuchte Umschläge den Vorzug. Kinder, welche ordentlich gurgeln können, läßt man mit indifferenten Flüssigkeiten (Borax, eine Messerspitze auf ein Glas Wasser, dünnes Zitronenwasser, H_2O_2 usw.) gurgeln. — Sind sie noch zu jung dazu, oder verhindert sie der Schmerz am Gurgeln, so ist es vorteilhaft, nach jeder Nahrungsaufnahme durch einen Schluck Wasser oder Tee den Mund rein machen zu lassen. Wesentlich wichtiger als die lokale Therapie ist die Ueberwachung der Kreislauforgane, die in schweren Fällen unsere volle Aufmerksamkeit erheischt. Wird der Puls sehr frequent, leicht unterdrückbar, so scheint das Koffein das meiste Vertrauen zu verdienen. Man reicht z. B. Coffein. natrobenzoicum in wässriger Lösung, einem jährigen Kinde bis 0,1 im Tag, einem fünfjährigen 0,3—0,4 in drei bis fünf Dosen. Bei ungenügender Wirkung gebe man daneben acht- bis zweistündlich eine Spritze Kampfer. Alkohol läßt man besser beiseite. Zur Be-

kämpfung der Blutdrucksenkung haben Popischill, Fr. Meyer, Eckert u. a. große Dosen Adrenalin empfohlen. F. hat es in den letzten Jahren viel angewendet und neben Koffein und Kampfer mehrmals täglich 1 ccm und mehr der gewöhnlichen Adrenalinlösung (1:1000) subkutan injiziert (unverdünnt oder meist in 9 Th. physiol. NaCl-Lösung). Der Puls bessert sich gewöhnlich darauf für einige Minuten, wie unter physiologischen Verhältnissen, eine nachhaltige Wirkung war nur einmal vorhanden, wo ein größeres Mädchen 3 ccm auf einmal erhielt. Immerhin scheint das Mittel unschädlich, wie Popischill angibt, der bis zu 12 ccm täglich einspritzt, und verdient weitere Prüfung. Die Ernährung ist im akuten Stadium auf dünnflüssige Speisen oder dünnbreiförmige angewiesen. Milch, verdünnt mit Wasser, Tee oder Schleim, dünne Getreidemehlsuppen, Breie mit Fruchtsäften, Apfelpüree usw. Bei Intubierten und bei Schlundlähmung verursacht Wasser und verdünnte Milch oft Verschlucken, wo etwas konsistentere Nahrung (Schleimsuppen, dünne Breie) ohne Störung und ohne Hustenreiz zu verursachen, aufgenommen wird. Bei ungenügender Flüssigkeitsaufnahme per os schätzt F. sehr Einläufe per rectum von $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ %iger NaCl-Lösung oder dünnem Tee, die bei langsamer Eingießung, körperwarm aus dem Irrigator mit tief eingeführtem Nélatonkatheter, gut resorbiert werden (zwei- bis dreimal täglich 100 bis 250 ccm). Bettruhe und Vermeidung jeder Anstrengung ist mit Rücksicht aufs Herz oft noch weit in die Rekonvaleszenz hinein nötig. Eine noch umstrittene Sache ist die Beeinflussung der Lähmungen. F. hat den Eindruck gewonnen, daß frühzeitige und kräftige Behandlung mit Heilserum das Eintreten von Lähmungen vermindert. Die meisten Lähmungen, die nur den Gaumen und Schlund, die Augenmuskeln beteiligen, heilen anstandslos und spontan. Schlimmer sind die Fälle, wo die Muskulatur in weitem Umfange (Extremitäten, Nacken) und gar die Respirationsmuskeln und der N. vagus ergriffen sind. F. wendet in schweren Fällen regelmäßig die üblichen Strychnininjektionen an, täglich $\frac{1}{2}$ —1—2 mg, ohne sich von einer erheblichen Wirkung je überzeugt zu haben. Sie können aber auch nützlich wirken auf die meist gleichzeitig beteiligten Kreislauforgane. Gegen schonendes Elektrisieren läßt sich nichts einwenden. Am meisten Vertrauen verdient wohl auch bei den Lähmungen die Serumbehandlung, wie sie von Comby und Méry gelobt wird, die fortgesetzt große Dosen spritzen. In einigen Fällen glaubt auch F. gute Resultate gesehen zu haben, obschon er nie so große Mengen angewendet hat, wie sie jetzt empfohlen werden (30000—80000 I.-E.).

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 14.)

Emphysema pulmonum.

Ueber Lungenspitzenemphysem und dessen klinische Bedeutung bei Lungentuberkulose. Von Dr. O. Orzá g (Aus der Königin - Elisabeth - Heilstätte Budapest). Zusammenfassung: In der Lungenspitze kann umschriebenes Emphysem bestehen, die Möglichkeit des Vorhandenseins muß bei der Untersuchung Tuberkulöser beachtet werden. Es kann nämlich die Erkennung pathologischer Verhältnisse erschweren.

Das Krönig'sche Lungenschallfeld ist nicht in jedem Falle von Spitzenaffektion verengt. Es kann bei Spitzenemphysem, Kaverne, Relaxation und Pneumothorax erweitert sein.

Die Abnahme der Intensität des gedämpften Perkussionsschalles einer Lungenspitze ist nicht unbedingt ein Zeichen von Verminderung der Infiltration, denn sie kann die Folge des entstandenen Spitzenemphysems sein.

Bei der Untersuchung der Lungenspitzen ist nicht nur die schwache, vergleichende, sondern auch die stärkere Perkussion von verschiedener Intensität vorzunehmen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Epididymitis.

Ueber akute Epididymitis nach Muskelanstrengung. Von J. W. Geary Grant. Die Frage, ob Epididymitis traumatisch durch Ueberanstrengung zustande kommen kann, ist mit Rücksicht auf die Unfallgesetzgebung von praktischer Wichtigkeit, weil auch Hodentuberkulose schon auf ein Trauma zurückgeführt wurde. Der Verfasser berichtet im Anschluß an zwei in der Literatur mitgeteilte Beobachtungen über zwei Fälle von Epididymitis, wo Muskelanstrengung als Ursache der Erkrankung von den Patienten angegeben wurde und kein Ausfluß aus der Urethra bestand. Im ersten Falle waren die ersten Erscheinungen erst drei Tage nach dem supponierten Trauma aufgetreten. Dieser Verlauf spricht entschieden gegen die traumatische Genese der Epididymitis und macht es wahrscheinlich, daß die Erkrankung auf hämatogenem Wege zustande gekommen ist, oder mit einem in der Tiefe der Urethra lokalisierten Entzündungsprozeß zusammenhängt. Beim zweiten Falle stellten sich in unmittelbarem Anschluß an einen jähen Sprung nach seitwärts Schmerzen und zunehmende Schwellung des Nebenhodens, sowie schließlich Entzündung ein, so daß eine Quetschung des Nebenhodens beim Sprunge zur Seite wahrscheinlich erschien. Die Ansicht, daß die traumatische Epididymitis in der Weise entsteht, daß durch heftige Aktion der Bauchmuskeln eine Stauung in den Venen und eine Einklemmung des Samenstrangs erfolgt, ist nicht stichhaltig,

auch läßt sich keine Beziehung zwischen Hämatom des Samenstranges und Epididymitis feststellen. Die Ausschließung von Urethralaffektionen ist als Begründung der traumatischen Genese einer Epididymitis unzureichend, da diese auch durch verschiedene allgemeine Infektionen hervorgerufen wird. Es ist die Existenz einer traumatischen Epididymitis überhaupt zweifelhaft und nur in solchen Fällen zu erwägen, wo Schmerz und Entzündung im unmittelbaren Anschluß an das supponierte Trauma auftreten.

(Brit. med. Journ., 6. Juli 1912. —
Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Frakturen und Luxationen.

Zur Behandlung der Radiusfraktur mit der Schede'schen Schiene. Von Dr. C. Decker. (Aus der Chirurgischen Abteilung des St. Vincenz-Krankenhauses in Köln.) Die moderne Behandlung einer Fraktur besteht bekanntlich in der Anlegung eines Streckverbandes und dauernder Kontrolle mittels des Röntgenapparates. Während diese Methode auch bei den meisten Frakturen angewandt wird, so kommt doch bei der Behandlung des Radiusbruches neben dem Gipsverbande sehr oft die Anlegung einer sogenannten Schede'schen Schiene in Frage. Für den praktischen Arzt ist jedenfalls die Anwendung dieser Schiene die einfachste und beste Methode. Die Schiene wird vom Verfasser in der Weise angelegt, daß zunächst nach ausgiebiger Polsterung der Schiene die Hand bei herabhängendem Unterarmteile der Schiene fixiert wird. Alsdann wird ein festes Polster aus Gaze unter die Frakturstelle gelegt, welches als Hypomochlion dienen soll. Hierauf erfolgt die Reposition des Bruches durch schnelles, ruckweises Annähern der Schiene an den Unterarm und Fixierung derselben. Es wird hierdurch ein Zug in der Längsrichtung der Bruchstücke ausgeübt, weil die Hand vorher fest fixiert wurde. Durch das Polster wird dann weiterhin ein Druck auf die Fragmente ausgeübt, der eine dorso-volare oder volo-dorsale Dislokation von nicht zu erheblichem Grade beseitigt. Jetzt ist es Pflicht des Arztes, sich durch Anfertigung eines Röntgenbildes von der guten Stellung der Fraktur zu überzeugen. Zu diesem Zweck muß derselbe in ein Krankenhaus bzw. ein Röntgenlaboratorium überwiesen werden, falls der Arzt den Verband in seiner Wohnung angelegt hat und ihm kein Röntgenapparat zur Verfügung steht. Die Röntgenaufnahme soll nun in dem vom Hausarzte resp. vom zuerst behandelnden Arzt angelegten Verband gemacht werden, da einerseits die Abnahme des Verbandes dem Patienten erneute Schmerzen verursacht, andererseits aber auch eine gute Stellung der Bruchenden unnötigerweise verdorben werden kann. Bei der Anfertigung solcher Röntgenaufnahmen in der Schede-

schen Schiene hat Verfasser einen großen Mißstand konstatieren können. Um den aus gepreßtem Karton bestehenden Radiussschienen einen festen Halt zu geben, ist auf der Unterseite ein Metallstreifen angebracht. Dieser Streifen liegt nun gerade so, daß er bei einer dorso-volaren oder auch volo-dorsalen Röntgenaufnahme den Radius, der doch sehr oft allein frakturiert ist, vollkommen verdeckt. Mitunter kann man bei Erwachsenen noch durch den Streifen hindurch den Knochen und die Stellung der Bruchenden zueinander erkennen; bei Kindern dagegen ist dies schier unmöglich. Daher hat Verfasser die Schede'sche Radiussschiene in der Weise umändern lassen, daß er den breiten Metallstreifen von der Unterseite der Schienen wegnehmen und statt dessen zu beiden Längsseiten einen starken Stahldraht anbringen ließ. Auch hierdurch erhält die Schiene die nötige Widerstandskraft. Röntgenaufnahmen, die in dieser so modifizierten Schiene angefertigt wurden, lassen deutlich beide Knochen erkennen. (Medizin. Klinik 1912 Nr. 41.)

Fingerfrakturen. Von Dr. G. H o h m a n n (München). Die Mitteilung hat einiges Interesse für den ärztlichen Praktiker. Die Frakturen der Fingerphalangen gelten als harmlos und einfach zu behandeln. Wie wichtig auch hier u. a. die Art des Fixationsverbandes sein kann, zeigt folgender Fall: Ein 21jähriger Zimmermann erlitt Mitte April 1912 durch den Fall eines Balkens auf die linke Hand einen Querbruch der Grundphalange des fünften Fingers. Die Fraktur wurde eingerichtet und zur Fixation ein Steifgazeverband angelegt, welcher das Handgelenk und den fünften Finger bis etwa zur Mitte der zweiten Phalange einschloß. Der Verband um den Finger war etwas dick, der fünfte Finger stand dadurch abduziert. Während das Röntgenbild unmittelbar nach der Reposition eine tadellose Adaption der Bruchenden zeigte, befand sich bei Entfernung dieses Verbandes nach acht bis zehn Tagen der Finger in einem wesentlich anderen Zustand. Er bot das Bild einer Dislokation der Fragmente, konnte aktiv nicht vollständig adduziert werden, das Röntgenbild zeigte eine erhebliche Dislokation der Bruchenden ad axin, und zwar war das periphere Ende stark abduziert, während das zentrale Ende leicht volarflektiert stand, wie am Gelenkspalt im Röntgenbilde erkenntlich ist. Die zweite Phalange war in Adduktionsstellung, und das Gelenk zwischen ihr und der Grundphalange befand sich, wie die unscharfen Konturen des Röntgenbildes zeigten, in einem deutlichen Reizzustand. Kallusbildung war deutlich vorhanden und die Bruchenden schon ziemlich konsolidiert. In diesem Stadium sah Verfasser den Patienten zum ersten Male. Da die Reposition der Fraktur nach dem Zeugnis des Röntgenbildes gut gelungen war und irgend ein Zwischenfall für die unerwartete Verschiebung

nicht verantwortlich gemacht werden konnte, kann man die eingetretene Dislokation wohl nur der durch den Verband bewirkten Abduktionsstellung des Fingers zuschreiben. Das zentrale Bruchende ist sehr kurz, die Bruchlinie liegt etwa in der Höhe des Interdigital-einschnittes, was liegt näher anzunehmen, als daß der Verband, welcher den Finger in Abduktionsstellung brachte, das periphere Fragment dadurch ebenfalls in Abduktion drängte! Durch Zug der gespannten Beugesehnen offenbar stellte sich dann die zweite Phalange in Adduktion. Im Aetherrausch wurde die bereits ziemlich konsolidierte Fraktur manuell wieder gelöst und nach der Reposition in Streckstellung ein Steifgazeverband mit Pappschiennen angelegt, in dem dabei der gebrochene fünfte Finger an den vierten Finger anbandagiert wurde. Nach zehn Tagen Beginn mit Bewegungen und Heißluftbädern. Das drei Wochen darnach aufgenommene Röntgenbild zeigt eine befriedigende Stellung der Fraktur und der zweiten Phalange, die Beweglichkeit ist zurzeit wieder fast normal, der Patient wieder arbeitsfähig. Es empfiehlt sich also dringend, um Verschiebungen zu vermeiden, stets den gebrochenen Finger an seinen Nachbarn anzubandagieren, besonders bei Fingern, wie dem fünften und auch dem zweiten, welche nur an einer Seite einen direkten Nachbarn haben und bei denen das periphere Frakturende deshalb leicht durch einen Verband nach der freien Seite abgehelt werden kann.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Gelenkverletzungen.

Zur Verhütung des Muskelschwundes nach Gelenkverletzungen. Von Dozent Dr. C. H ü b s c h e r (Basel). Jeder Mensch vermag mit einiger Uebung seine Muskeln zu kontrahieren, ohne daß eine Gelenkbewegung ausgelöst wird; am leichtesten gelingt es, den Biceps am Oberarm und den Quadriceps am Oberschenkel aus dem Ruhezustand in eine aktive Kontraktion zu versetzen. Lassen wir einen Verletzten im Verbandsverband methodisch alle Stunden eine Anzahl solcher Kontraktionen ausführen, so bleibt der Muskelschwund aus. Verfasser hat dieses Verfahren zum erstenmal bei einem jungen Kavalleristen im April 1910 durchführen lassen, der beim Sprung über eine Hecke mit dem Sporn hängen blieb und eine schwere Verletzung des rechten Kniegelenks erlitt. Das Gelenk war prall mit Blut gefüllt und seitlich nach außen aufklappbar. Auf Röntgenogramm keine Fraktur. Der am Tage nach der Verletzung angelegte Kartonkleisterverband wurde sofort zur Massage abnehmbar gemacht; die Zerreißung der inneren Gelenkbänder verbot für mehrere Wochen jede aktive Gymnastik. Der Patient erhielt nun die Aufgabe, bei jedem Stundenschlag seine gesamte Oberschenkel-

muskulatur im Verbands 50 Mal zu kontrahieren. Als intelligenter, an militärische Disziplin gewöhnter Mann hat er diese Vorschrift gewissenhaft durchgeführt. Durch genaue Kontrolle der Umfangmaße der Oberschenkel konnte Verfasser sich überzeugen, daß die trotz frühzeitigster Massage sicher zu erwartende arthritische Muskelatrophie vollständig ausblieb. Seit dieser Beobachtung läßt Verfasser alle Patienten mit Verletzungen des Kniegelenks, z. B. auch nach Operationen, wie Lösung der Knie-scheibe oder nach operativer Behandlung der habituellen Luxation der Patella, diese Uebungen mit bestem Erfolg ausführen. Diese aktive Gymnastik der Muskeln ohne Gelenkbewegung im Verband stärkt nicht nur lokal die Muskulatur, sondern sie erhält, was wohl viel wichtiger ist, das gesamte neuromuskuläre Element samt dem Endneurom und den trophischen Bahnen am Leben.

(Zentralblatt für Chirurgie 1912 Nr. 5.)

Gonorrhoe.

Vaginale Behandlung mit Xerase. Von Dr. Hedwig Prager-Heinrich (Berlin). Verfasserin hat fast 100 Fälle von Fluor trocken mit dem von der Firma Riedel hergestellten Gemisch von Hefe, Bolus, Zucker und Salzen behandelt. In der größten Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Gonorrhoe, die jahrelang schon erfolglos behandelt war; sonst um Lageveränderungen, Chlorose etc. Verfasserin verfuhr in der Behandlung folgendermaßen: Sie stellte die Portio im Speculum ein, säuberte diese sowie die Scheidenwände gründlich durch Austupfen mit trockener Watte. In die Zervix selbst ging sie nicht ein. In den ersten Fällen wandte sie einen Pulverbläser an, doch kam sie bald davon ab, und zwar aus rein praktischen Gründen, weil es nämlich zu viel Zeit in Anspruch nahm, um eine gehörige Menge des Pulvers der Scheide einzuverleiben. Sie schüttete dabei das Pulver mittels einer kleinen Papierschippe in das Spekulum und führte es mit einer mit Watte armierten Kornzange an die Portio und die Scheidenwände, was noch durch Drehen des Spekulum vollendet wurde. Nach 24 Stunden ließ sie dann eine bis zwei Kamillenspülungen machen, um die zähe Masse, die sich durch das Zusammenbacken des Pulvers mit dem Fluor gebildet hatte, zu entfernen. Infolgedessen kamen dann am übernächsten Tage die Patientinnen hochbeglückt in die Sprechstunde, weil sie naturgemäß nichts mehr von ihrem Ausflusse bemerkt hatten. Verfasserin behandelte die Patientinnen in derselben Weise jeden zweiten Tag und sah bei dieser Behandlung selbst den veraltetsten gonorrhoeischen Fluor in 10 bis 20 Sitzungen schwinden. Sehr dankbar für die Behandlung waren die frischen Gonorrhoeen. Verfasserin hatte hier mit der Xerase dieselben Erfahrungen gemacht, wie sie Nassauer bei seiner

Pulverbehandlung schildert. Sie hatte niemals Aetzungen vorgenommen und ausschließlich durch die Xerasebehandlung in der geschilderten Weise in 15 bis 25 Sitzungen, das heißt in vier- bis achtwöchiger Behandlung, Heilung erzielt. Adnexerkrankungen im Anschluß an die Behandlung traten niemals auf, obgleich eine strenge Ruhelage sich in vielen Fällen nicht ermöglichen ließ. Verfasserin hatte Gelegenheit, eine Reihe von Patientinnen, die sie vor ungefähr Jahresfrist an akuter Gonorrhoe auf die geschilderte Weise behandelt hatte, wiederzusehen, und hatte darunter kein Rezidiv gefunden. Auch daraus glaubt sie die Erfolge ableiten zu dürfen, daß ihr von den behandelten Patientinnen immer neue zur gleichen Behandlung zugeschickt werden. Besonders erfreulich war es auch, zu sehen, wie große Erosionen der Portio unter dieser Behandlung in kurzer Zeit schwanden. Aus der großen Anzahl der Fälle möchte Verfasserin nur einen von frischer kindlicher Vulvovaginitis herausgreifen, weil über Trockenbehandlung kindlicher Gonorrhöen bisher nur wenige Fälle aus der C z e r n y'schen Klinik bekannt sind. Es handelte sich hier um ein 1³/₄-jähriges Mädchen, das durch gemeinsames Schlafen mit der gonorrhoeischen Mutter (Mutter und Kind wurden gleichzeitig behandelt) infiziert worden war. Da es sehr schwierig war, ohne größere Verletzungen zu verursachen, die Xerase in die Scheide hinein zu applizieren, so verfiel Verfasserin darauf, als Scheidenspekulum einen größeren Ohrentrichter zu verwenden. Mittels eines Pulverbläfers mit langem Hartgummiansatze blies sie das Pulver ein und schüttete dann noch Pulver mit einer kleinen Papierdüte nach. Am nächsten Tage vor der Behandlung machte sie eine Scheidenausspülung, wobei es zu statten kam, daß das Kind sich wehrte, seine Bauchpresse anstrengte und auf diese Weise die ganze Flüssigkeit aus der Scheide herauspreßte, so daß letztere zur Aufnahme der Xerase ziemlich trocken war. Dann folgte dieselbe Prozedur. Verfasserin wich hier von der sonst üblichen Behandlung im zweitägigen Turnus ab und wiederholte die Xerasekur täglich, weil es natürlich schwierig war, eine größere Menge des Pulvers zu applizieren, und Verfasserin sich daher von einer täglichen Behandlung eine schnellere Wirkung versprach. Nach fünf Wochen war das Kind vollkommen geheilt und ist heute (nach 13 Monaten) noch rezidivfrei. Auch mehrere Fälle von chronischer Endometritis mit dem Symptom des sogenannten Mittelschmerzes hat Verfasserin durch die Trockenbehandlung mit Xerase geheilt. Das sind die Patientinnen, die fast genau im Intervall zwischen je zwei Menstruationen ein bis zwei Tage heftige krampfartige Schmerzen in abdomine haben, wobei dann durch Kontraktionen des Uterus das in der ganzen Zeit in der Gebärmutter gesammelte Sekret herausbefördert wird. Da in der übrigen Zeit die Frauen äußerlich keinen Fluor bemerken, so ist durch die Heilung

dieser Fälle, das heißt durch Fehlen der Schmerzhaftigkeit und des Fluors an den kritischen Tagen, bewiesen, daß von dem Xerasepulver auch eine Tiefenwirkung auf den Uterus ausgehen muß. Die Heilwirkung kommt also nicht nur dadurch zustande, daß der Fluor selbst in seiner Infektionskraft unschädlich gemacht wird. Waren nun schon bei der Gonorrhoe durch die Xerasebehandlung hervorragende Resultate zu verzeichnen, so wird es nicht wundernehmen, daß bei Ausfluß auf nicht infektiöser Basis in kurzer Zeit Heilerfolge erzielt wurden. Der Flour albus bot hier ein dankbares Feld. Oft sah Verfasserin ihn in drei bis vier Sitzungen schwinden. Dekubitalgeschwüre, wie sie durch Pessare oder bei Totalprolaps durch Scheuern an den Schenkeln vorkommen, werden durch die Xerase erstaunlich schnell geheilt. Erst jetzt sah Verfasserin wieder einen vor sechs Monaten mit Erfolg behandelten Fall von Fluor senilis. Auch in zwei Fällen kam sie bei Fluor, erzeugt durch Pruritus diabeticus, mit Xerase schnell zum Ziele. Es braucht nicht gesagt zu werden, daß auch die diätetische Behandlung nicht vernachlässigt wurde. Auch Verfasserin hatte, wie Nassauer bereits angibt, Fälle von Masturbation gesehen, bei denen durch Austrocknung der Scheide durch die Xerasebehandlung der Reiz zur Masturbation fortfiel und somit nach Aussage der Patientinnen Heilung eintrat. Doch möchte sie mit der Verwertung dieser Angaben vorsichtig sein, da wir in dieser heiklen Angelegenheit selten die Wahrheit erfahren. Verfasserin möchte noch bemerken, daß sie jetzt ausschließlich nur das Xerasepulver verwendet, da sie von der Kapselbehandlung im Gegensatz zu den günstigen Berichten Abraham's keinen Erfolg gesehen hat. Zusammenfassend muß Verfasserin nach ihren Erfahrungen die Pulverbehandlung mit Xerase als äußerst wirksam gegen alle Arten des Fluors halten. Mißerfolge waren nur in sehr geringer Zahl; genau zahlenmäßig lassen sich diese nicht angeben, da ja wie überall auch hier ungeduldige Patientinnen Unmögliches verlangen und, wenn sie nach kurzer Behandlung keine Heilung sehen, fortbleiben. Doch muß Verfasserin sagen, daß sie nicht zu einem so hohen Prozentsatz von 14% nicht geheilter Fälle gekommen ist, wie Abraham meint; sie schätzt sie höchstens auf 7%.

(Therapie der Gegenwart, Dezember 1912.)

Ueber ein neues Prophylaktikum „Virilact“ gegen venereische Infektion. Von Privatdozent Dr. Karl Ullmann in Wien. Es handelt sich um das Schutzverfahren „Virilact“, welches die chemischen Werke Dr. R. und Dr. O. Weil in Frankfurt a. M. in letzter Zeit in den Handel gebracht. Das prophylaktische Prinzip des „Virilact“ beruht auf dem Gebrauche einer Kombination zweier Desinfizientia, und zwar von Wasserstoffsuperoxyd mit Methylpropyl-

phenol. Letzteres ist hierbei bis zur Sättigung in Glyzerin gelöst. Die klare, schwachgelbliche Desinfektionsflüssigkeit wird in kleinen, durch Fingerkompression gänzlich entleerbaren Zinntuben abgegeben, die etwa 3 g der durchaus nicht unangenehm und aromatisch riechenden Flüssigkeit enthalten und nach ihrer Entleerung stets fortgeworfen, d. h. nicht wieder verwendet werden dürfen. Das Einträufeln der Lösung ins Orificium ur. und in den Präputialsack erfolgt ohne direkte Berührung der Haut mit dem vorderen Tubenende. Bei engerem, nicht leicht rückstreifbarem Präputialsack wird die eingeträufelte antiseptische Flüssigkeit gut in die Nischen des letzteren und nach rückwärts in den Sulcus verdrängt, wo sie ohne jede Aetzwirkung, ja ohne selbst nur Brennen zu erzeugen, also eigentlich ohne absoluten Zwang zur Wiederentfernung, der späteren normalen Reinigung überlassen werden kann. Dieser Prozedur geht regelmäßig und nach Tunlichkeit der Pißakt voraus. Bei rücklegbarem Präputium aber findet außer der reichlichen Instillation von mindestens 15 bis 20 Tropfen der Flüssigkeit in die Urethra noch eine ausgiebige Einsalbung der Innenfläche des Präputiums und der gesamten kontaminierten Penishaut, Perigenitalregion, mit einigen Gramm des Inhalts einer ebenfalls beigegebenen, einzelnen größeren Salbentube statt. Letztere enthält dieselben antiseptischen Prinzipie in ähnlichen Konzentrationsverhältnissen wie die Tropfflüssigkeit, aber in milder, nicht reizender Lanolinsalbe als Vehikel. Die Einsalbung kann ebenfalls längere Zeit, ja bis zum nächsten Bade, ohne subjektives Gefühl von Brennen usw., auf der Haut belassen werden. Sie erfolgt in sorgfältiger Weise entweder mit den Fingern der gewaschenen Hand oder mit kleinen, dem Etui beigegebenen Wattebüschchen.

Die Erfahrungen bei einer Reihe von Patienten, welche dieses Verfahren öfters angewendet hatten, zeigten nun zunächst, daß sowohl die Einträufelung als auch die Salbung mit diesem Gemenge stets, und bei allen Klienten des Verfassers, klaglos und ohne jede Schwierigkeiten oder Bedenken angewendet wurden und auch daß die Prozeduren, mangels brennender Sensationen, nachträglicher Eiterung der Schleimhaut oder Verklebung der Harnröhrenmündung, aber auch der so peinlichen Befleckung der Leibwäsche von den Patienten auch gerne vorgenommen wurden. Verfasser hatte seit Beginn bis Juni des laufenden Jahres bereits mehrere solche Präparate probeweise in mehr einfacher Form, d. i. in großen Tuben, an eine Anzahl von Kassenpatienten ausgegeben, die geheilt entlassen worden waren, da erhielt das mittlerweile von der Fabrik gesetzlich geschützte Mittel auch eine passende äußere Form. In einem handlichen, leicht in einem Rocksack transportablen Aluminiumetui trägt der Betreffende stets eine größere Anzahl kleiner und eine große Tube mit anti-

septischer Salbe, sowie genügend Wattepinsel bei sich. Mitunter wurde noch vor dem Bade ein mit Benzin getränkter Wattebausch zur Reinigung der Haut benutzt. Es entstand nun auch die Frage, ob diesem, anscheinend für die Benützenden recht angenehmen prophylaktischen Verfahren auch irgend welcher wissenschaftlich gerechtfertigter oder begründbarer praktischer Wert zugebilligt werden kann! Es ist nur selbstverständlich, daß dies, auch nach vielmonatlichen Versuchen durch die praktische Erfahrung bzw. Bericht-erstattung und die negativen Beobachtungen der Benutzenden allein, noch nicht sicher entschieden werden kann, wenigstens nicht nach der positiven Seite hin, d. h. zur Entscheidung der Frage der wirklichen desinfektorischen, keimtötenden Kraft; wohl aber nach Richtung der negativen Seite hin. Diese gipfelt in der Frage: Welche Mängel und Inkonvenienzen haften dem Prinzip an? Nach dieser Richtung hin kann Verfasser nur eindeutig und gleichmäßig über Günstiges berichten. Es sind mir wenigstens Klagen über Beschwerden subjektiver Art etwa in Form von brennenden, unangenehmen Sensationen eigentlich nie gemeldet worden. Während des Gebrauchs des „Virilact“ ist auch, bis nun, eine venerische Infektion bei keinem der behandelten Individuen erfolgt. Das besagt natürlich bei etwa nur 20 solcher beobachteter Fälle an und für sich noch gar nicht viel und kann höchstens schon dazu dienen, zu weiteren Versuchen in größerem Umfange Anregung zu geben. Auffallend aber ist doch die Reizlosigkeit der Kombination zweier, immerhin anerkannter Antiseptika in relativ beträchtlicher Konzentration. Mit Rücksicht auf die Angabe der Fabrik, daß im Inhalt der beigegebenen Tuben, der von den Apothekern jederzeit nach Verschreibung zu erneuern ist, aus Wasserstoffsuperoxyd in Glycerin oder Lanolin-Vaselin gelöst und Methylpropylphenol, das antiseptische Prinzip darstellen, hat Verfasser auch Laboratoriumsversuche über den Wert sowohl der genannten einzelnen Bestandteile, als auch der Kombination beider Antiseptika, wenigstens bei der Tropfflüssigkeit aus den kleinen Tuben gemacht. Verfasser beschränkte sich nur auf die ihm leichter zugänglichen, aus dem Krankenmaterial seines Kassenambulatoriums, jederzeit in unbehandeltem Zustande erhältlichen Sekrete frischer Gonorrhöen. Ausschließlich unbehandelte Fälle lieferten also das Material. Aus den Kulturversuchen zeigte sich, daß die Einzelbestandteile H_2O_2 sowohl in 10%- als in 6%iger Solution (benützt wurde nur die Verdünnung der Merck'schen 30%igen H_2O_2 mit Paraffinverschluß) als auch eine ad hoc angefertigte, sterilisierte 1%ige Lösung von Methylpropylphenol, in Wasser bei zwei bis fünf Minuten Einwirkung ausnahmslos, bei $\frac{1}{2}$ —1 Minute Einwirkung nur in einem Teile, doch auch in der Mehrzahl der Versuche auf Gonokokken wie Staphylokokken des Eiters

vernichtend gewirkt haben. Es hatte sich ferner gezeigt, daß bei Verwendung der Kombination beider, ebenso wie bei der Verwendung der Originalflüssigkeit der Tuben Virilact selbst, schon der Kontakt von einer Minute, so auch zwei und fünf Minuten, zur völligen Keimtötung ausreichten, ja daß auch in den meisten Fällen schon eine halbe Minute Kontakt genügte, um die Gonokokken, nicht aber um die Staphylokokken zu sterilisieren. Jedenfalls ist also ein mindestens zwei Minuten oder auch länger weilendes Verfahren in der Desinfektionsflüssigkeit notwendig, um frei darin suspendierte Gonokokken oder Staphylokokken zu avirilisieren, d. i. für den besten künstlichen Nährboden wachstumsunfähig zu machen. Als mindeste Dauer der Einwirkung dürfte drei Minuten wohl das Richtige sein. Mag den Ergebnissen der Versuche auch mancher kritische Einwurf entgegengesetzt werden, insbesondere der Mangel an Tiefenwirkung des Virilact, wie sie dem Argent. nitr. und dessen Eiweißverbindungen, auch dem Ag-phosphor, Aethylendiamin (Argentamin) mit mehr oder weniger Recht dagegen seinerzeit zugeschrieben wurde, so handelt es sich ja doch ausschließlich um eine Oberflächendesinfektion. Das günstigste Ergebnis der Versuche an den Kranken, im Zusammenhange mit den ermunternden bakteriologischen Ergebnissen, vor allem aber die völlige Reizlosigkeit und Unschädlichkeit des Verfahrens, scheinen Berechtigung zu geben, das prophylaktische Desinfektionsverfahren mit „Virilact“ den Fachkollegen und weiteren ärztlichen Kreisen zur Nachprüfung zu empfehlen. (Dermatolog. Zentralblatt 1912, Okt. und Nov.)

Meningitis.

Posttraumatische Pachymeningitis. Tod fünf Jahre nach dem Unfall. Von Dr. Erich Kasemeyer (Aus der Inneren Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Homburg v. d. H.). Die Pachymeningitis nach Trauma spielt für den Unfallbegutachter häufig eine nicht unwesentliche Rolle, da es als feststehend anzusehen ist, daß sich eine echte Pachymeningitis haemorrhagica an eine Schädelverletzung oder -kontusion anschließen kann und in langsamer Progredienz noch nach Jahren möglicherweise den Tod des Verletzten bewirkt. Verfasser möchte an der Hand eines neuen, sehr interessanten Falles die Wichtigkeit dieser Erkrankung demonstrieren. Der 25 Jahre alte Hilfs-Gerichtsdienster Karl H. wurde am 6. Dezember 1911 vormittags in total benommenem Zustande mit der Diagnose Meningitis ins Krankenhaus verbracht. Aus den anamnestischen Angaben der Frau ist folgendes hervorzuheben: H. ist geboren am 11. Juli 1886. Seit 1907 verheiratet, zwei gesunde Kinder. Oktober 1906 trat H. ins Gardedragonier-Regiment Nr. 23 zu Darmstadt ein, um seiner Militärpflicht zu genügen. Im November 1906 passierte

dann der Unfall: Beim Stalldienst wurde H. von seinem Pferd, dem er Streu legte, mit dem Eisen vor den Kopf geschlagen. Ob er bewußtlos war, weiß die Ehefrau nicht, er hat nur später erzählt, daß er sich mit dem Taschentuch das Blut gestillt habe und noch allein aufs Revier gegangen sei. Februar 1907 wurde er entlassen mit 75% Erwerbsbeschränkung und Anstellungsschein. Mitte 1908 trat er in seine jetzige Stellung ein und erhielt dann nach einer Nachuntersuchung in Höchst eine monatliche Rente bis jetzt. Alkohol hat er gar nicht getrunken, auch nicht geraucht. — Ueber dauernde Kopfschmerzen hat er nicht geklagt, nur litt er bei Witterungsumschlägen an Appetitlosigkeit und Stichen im Kopf. Die letzte Zeit, etwa 14 Tage, hat er einen starken, festsitzenden Schnupfen gehabt mit Kopfschmerzen, hat aber Dienst getan. Gestern Nachmittag kam H. aus dem Dienst nach Hause und klagte über heftige Kopfschmerzen. Er legte sich zu Bett und hat dann stark gefroren. Der hinzugezogene Arzt verordnete Eisblase auf den Kopf. H. war dann schon bewußtlos. Status bei der Einlieferung: Großer, kräftiger, gut genährter Mann. Starke Benommenheit. Patient ist sehr unruhig, wirft sich im Bette hin und her. Der Kopf wird dabei sehr steif gehalten. Er ist diffus hochgradig klopfempfindlich, Unterschiede werden nicht angegeben. Direkt über dem linken Auge, zu Seiten der hohen Nasenwurzel, befindet sich eine schräg nach außen oben ziehende tiefe Delle im Knochen, in die fast ein kleiner Finger gelegt werden kann; die Augenbraue ist dadurch unregelmäßig verschoben, median mehr nach abwärts gezogen. Die Pupillen sind beiderseits gleich, mittelweit, reagieren sehr träge auf Lichteinfall. (Gestern soll die linke weiter gewesen sein als die rechte.) Die Zunge wird gerade vorgestreckt, ist sehr trocken, desgleichen die ganze Mundhöhle und der Rachen. Kein Herpes labialis. Die straff kontrahierte Nacken- und Schultermuskulatur ist hochgradig druckempfindlich. Auch die Hautsensibilität ist in diesen Partien stark gesteigert, am übrigen Körper weniger. Herz: Töne rein, regelmäßige Aktion. — Puls: kräftig, voll, 116. Temperatur: 37,5 rektal. Lungen: überall reines Vesikuläratmen, keine Dämpfung. Bauch: Decken wenig gespannt, keine kahnförmige Einziehung, keine besondere Druckempfindlichkeit wahrnehmbar. Urin: dunkel, in ganz geringer Menge gelassen, enthält mäßige Mengen Eiweiß, keine Formelemente; frei von Zucker. Extremitäten: keine Lähmungen. Außer leichten Hautabschürfungen an den Knöcheln ohne Veränderung. Keine Oedeme. Reflexe gesteigert, beiderseits gleich. — Therapie: Eisblase auf den Kopf und in den Nacken. Die abends zunehmende Unruhe legt sich nach Injektion von 0,02 Morphin. Verlauf: 7. Dezember: Etwas ruhiger, aber stärker benommen. Temperatur morgens 38,5, nachmittags 39,1 bei zunehmender Somnolenz; Schweißausbruch. Pu-

pillen fast reaktionslos, die linke weiter als die rechte. 8. Dezember: Temperatur 40,4. Patient liegt in tiefem Koma, hat unter sich gelassen, schwitzt sehr stark. Atmung kurz und stoßweise. Puls unregelmäßig, Kornealreflex erloschen. Vormittags 10¹/₂ Uhr Exitus letalis. Die Untersuchung des Rachenmandelabstrichs und des Spinalpunktats durch das Königliche Medizinaluntersuchungsamt in Koblenz ergab einen reichlichen Gehalt an typischen Formen der Pneumokokken, so daß dort die Diagnose auf Pneumokokken-Meningitis gestellt wurde. Pathologisch - anatomische Diagnose: Traumatische Knochendeformitäten am vorderen Rand der linken vorderen Schädelgrube. Darüber: Pachymeningitis fibrosa interna adhaesiva mit Rindenerweichungsherd — (Plaque jaune) an der Vorder- und Unterfläche des linken Stirnlappens mit späterer Infektion. Hiervon ausgehend diffuse eitrige Zerebrospinalmeningitis. — Daß im vorliegenden Fall das Trauma mit der tödlichen Enderkrankung des H. in Zusammenhang steht, hat schon auf den ersten Anblick einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit. Diese wird zur Gewißheit, wenn man sich über den Gang der Entstehung der vorgefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen klar wird. Die Hauptrolle spielt dabei die im Gefolge des Traumas entstandene Pachymeningitis, die, wenn sie einen progredienten Charakter annimmt, durch Degeneration neugebildeter Gefäße — wie auch hier — noch nach Jahren schwerere Erscheinungen machen kann. Es war hier wohl der Gang der Erkrankung folgender: Durch das Trauma mit Knochenverletzung kam es zu Zerreißen im Bereich des inneren Kapillarnetzes der Dura und damit zu einem subduralen Extravasat. Dies wurde organisiert, die neuen Gefäße degenerierten und rupturierten bei Gelegenheit, es kam zur Pachymeningitis haemorrhagica interna und durch diese schließlich zu Verwachsungen der Dura mit der Pia mater. Da die pialen Gefäße feinste Aeste senkrecht in die Rinde entsenden und diese dadurch versorgen, so kam es durch Zirkulationsstörungen durch die vorerwähnte Verwachsung zu einem gelben Rindenerweichungsherd, der dann den Locus minoris resistentiae für die spätere Infektion abgab. Die Natur der Erreger der tödlichen Meningitis lassen kaum einen Zweifel darüber zu, daß es sich um eine Infektion vom Nasenrachenraum aus handelt, zumal der hartnäckige Schnupfen die Enderkrankung einleitete. Wahrscheinlich war auch den Mikroorganismen das Eindringen durch die Siebbeinzellen durch die bis an dieses Gebiet reichenden Knochenveränderungen erleichtert. Jedenfalls ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Exitus vorhanden und somit im vorliegenden Falle — falls nicht noch andere rechtliche Momente mit hineinspielen, die hier nicht zu erörtern sind — der Militärfiskus zur Zahlung einer Rente an die Hinterbliebenen verpflichtet. Daß die Entstehung der vorgefundenen Veränderungen

eine andere gewesen sein sollte, daß z. B. ein primärer, durch die Kontusion entstandener Rindenerweichungsherd mit sekundärer Pachymeningitis vorliegen sollte, hält Verfasser in Ansehung der Zeitdauer der Erkrankung, des klinischen Bildes, das auffallend geringe Erscheinungen darbietet, und der vorgefundenen Veränderungen für ausgeschlossen. Die zirkumskript an die Stelle der Gewalteinwirkung lokalisierten Veränderungen der Dura, die zum Teil alten fibrösen Schwarten mit den mehr oberflächlich liegenden Gefäßwucherungen, endlich die nur bei Witterungswechsel geklagten Stiche im Kopf deuten auf eine sehr langsam fortschreitende und schließlich zur Verwachsung mit der Pia führende hämorrhagische Pachymeningitis, deren pathologisch-anatomisches Bild durch die spätere Infektion nur unwesentlich beeinträchtigt wurde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 43.)

Menstruationsanomalien.

Zur Behandlung der Amenorrhoe. Von Prof. Dr. F r o m m e (Universitäts-Frauenklinik der Charité in Berlin). Die Ueberlegung, daß die einzelnen Drüsen mit innerer Sekretion unter Umständen vikariierend für einander eintreten können — Verfasser dachte vor allen Dingen an die nunmehr sichergestellte Hyperplasie der Hypophyse während der Gravidität —, ließ ihn auch versuchen, bei kürzer oder länger dauernder Amenorrhoe Einspritzungen von Hypophysenextrakt anzuwenden. Es wurde von der Firma Hoffmann-LaRoche das Pituglandol in Ampullen von 1 ccm zur Verfügung gestellt. Die ersten Versuche geschahen natürlich außerordentlich tastend, da Beobachtungen darüber, ob über längere Zeit fortgesetzte Einverleibung des Hypophysenextraktes nicht schädlich sei, bis jetzt nicht vorliegen. Die Patienten, die für eine derartige Therapie bestimmt wurden, waren in jedem einzelnen Falle weiter genau intern zu untersuchen, vor allen Dingen auf eine bestehende Lungenerkrankung. Unter einem großen Materiale sind die Fälle doch nicht so außerordentlich selten, in welchen die beginnende oder vorgeschrittene Lungentuberkulose zur Amenorrhoe führt. Verfasser hat wiederholt Patienten gesehen, welche erst durch das Ausbleiben der Menstruation veranlaßt wurden, zum Arzte zu gehen, nicht aber durch ihren vielleicht schon Monate bestehenden Lungenkatarrh. Dasselbe gilt natürlich für andere interne Erkrankungen. Derartige Kranke wurden von der Therapie mit Hypophysenextrakt ausgeschlossen. Verfasser hat das Pituglandol so angewendet, daß die Kranken ungefähr jeden Tag eine Injektion von 1 ccm subkutan erhielten, bis der gewünschte Erfolg eintrat, oder bis das Ausbleiben dieses Erfolges über einige Wochen hin die Nutzlosigkeit der Therapie ergab. Es sind auf diese Weise zwölf Kranke seit Anfang des Jahres behandelt worden. Es

wurden von diesen zwölf Kranken fünf ohne jeden Erfolg, zwei mit zweifelhaftem Erfolge und fünf mit promptem Erfolg injiziert. Man sieht aus diesen Resultaten, daß offenbar nicht alle Fälle dieser Therapie zugänglich sind. Verfasser hat den Eindruck auf Grund dieser allerdings noch geringen Erfahrungen, daß man am besten die Fälle mit Amenorrhoe zur therapeutischen Beeinflussung mit Hypophysis-extrakten aussucht, in welchen die Kranken durch ihren manchmal sehr starken Fettansatz schon dokumentieren, daß bei ihnen Störungen der inneren Sekretion irgend einer Drüse vorliegen. Aber auch hier wird man Versager erleben, wie Verfasser in einem Falle gesehen hat. Bei unserer völligen Unkenntnis der gegenseitigen Beeinflussung der Drüsen mit innerer Sekretion muß uns vorläufig die Wirkung der Hypophysisextrakte in diesen Fällen unklar bleiben. Man könnte auch daran denken, ob nicht durch die Einspritzungen des Pituglandols Kontraktionen des Uterus ausgelöst wurden, welche die Menstruation hervorrufen. Verfasser glaubt, daß diese Annahme unwahrscheinlich ist, wenngleich man sie nicht ganz von der Hand weisen kann. Diejenigen Fälle, in welchen die Einverleibung der Hypophysenextrakte zu dem gewünschten Erfolge führt, in Zukunft herauszufinden, muß die Aufgabe weiterer Prüfungen sein.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1912 Nr. 41.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Ueber Eklampsie und ihre Behandlung auf Grund von 551 Fällen. Von Prof. Dr. R. Freund (Aus der Universitäts-Frauenklinik der kgl. Charité in Berlin). Die placentare Theorie scheint die richtige Erklärung für die Eklampsie abzugeben. Dieselbe besagt, daß in jeder Gravidität vom Ei aus eine parenterale Aufnahme placentarer, für die Mutter blutfremder Stoffe erfolge und daß der ungestörte Ablauf der Gravidität nur durch den vollständigen Abbau dieser Stoffe im mütterlichen Blute gewährleistet wird. Andernfalls häufen sich giftige Eiweißzerfallsprodukte im Blute an, die wieder durch Organschädigungen Stoffwechselstörungen veranlassen. Die Virulenz dieser Gifte, anderseits die Widerstandskraft des mütterlichen Organismus lösen schwerere oder leichtere Krankheitserscheinungen aus. Daraus ergibt sich das wechselnde Bild dieser Krankheit und auch die Unsicherheit in unserer Prognose und Therapie. Eine Unterscheidung zwischen leichten und schweren Fällen läßt sich erst post festum und vor dem Partus überhaupt nicht machen. Einen Fingerzeig gibt die Chlorausscheidung, indem Heilung verzeichnet wird, wo trotz des sehr schweren klinischen Bildes ein steigender Chlorwert im Urin sich zeigt. Die Zahl der Anfälle ist für die Prognose nicht zu verwerten, wie die Statistik zeigt, weshalb eine Betäubungstherapie wertlos ist. B u m m stellt

die Forderung auf, möglichst früh den Uterus zu entleeren, denn, da die Eklampsie durch die Schwangerschaft bedingt ist, müßte die Kranke die besten Genesungschancen haben, je früher sie von dem zur Erkrankung führenden Zustand befreit wird. Hierfür spricht auch die Plazentatheorie, doch läßt sich der schädigende Einfluß der Geburtsarbeit, die Aenderung des Stoffwechsels, endlich die abdominalen Druckschwankungen auf den durch die Eklampsie erzeugten erhöhten Reizzustand des Organismus nicht verkennen. Als weitere therapeutische Maßnahmen werden Injektionen von Pferdeserum und besonders von Ohlshausen der Aderlaß mit und ohne nachfolgender Infusion von Kochsalz- oder noch besser von Rohrzuckerlösungen angewendet, lauter Eingriffe, die als unterstützende Therapie von großem Nutzen sich erwiesen haben. Ganz wertlos zeigte sich die Betäubungstherapie S t r o g a n o w's, da sie höchstens als Unterdrückungsmaßregel eines Symptoms, der Krämpfe, wirkt, auf den Verlauf aber keinen Einfluß nimmt. Da hierzu noch die Wirkung des Narkosegiftes tritt, weist diese Methode eine Mortalität von 44% auf, während die Mortalität in den durch frühzeitige Entbindung behandelten Fällen um so geringer ist, je früher nach dem Auftreten des ersten Anfalles der Uterus entleert wird. So zeigt die Statistik des Verfassers in Fällen, die zwei Stunden nach dem ersten Anfall entbunden wurden, eine Mortalität von 7,4%, nach drei Stunden 10,5% usw. Unter seinen Fällen hatte Verfasser eine Kinder-mortalität von 11%. Ueber die Wochenbetteklampsie und deren Behandlung gibt es noch keine große Statistik. Doch das Wenige, das über dieses Gebiet bekannt ist, spricht für die Ohlshausen-sche Aderlaßtherapie, während sich die Lumbal- und Gehirnpunktion, endlich die Nierenentkapselung nicht bewährt hat.

(Archiv für Gynäkologie, Bd. 97, H. 3. —
Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 37.)

Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft. Von W. Weber. Es werden folgende zwei Grundsätze aufgestellt: 1. Bei operablem Karzinom und bei lebensfähigem Kind soll unverzüglich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft oder während der Geburt der abdominale Kaiserschnitt mit nachfolgender Wertheim'scher Radikaloperation, in der ersten Hälfte der Schwangerschaft aber die abdominale Exstirpation des uneröffneten Uterus vorgenommen werden. 2. Bei inoperablem Karzinom soll unter alleiniger Berücksichtigung des Lebens des Kindes die Behandlung bis zum richtigen Schwangerschaftsende rein symptomatisch sein. Alsdann ist das Kind durch Vornahme des abdominalen Kaiserschnitts zu entfernen.

(Inaug.-Dissert. München 1912.)

Thyreoidin bei Hyperemesis gravidarum. Von Dr. K o r e c k in Oescsanád (Ungarn). Vor einem Jahre versuchte Verfasser in einem Falle Thyreoidin [Tabloids. Thyreoid. gland. (0,097 g) Burroughs Wellcome & Co.]. Die junge (17 Jahre), erstmalig schwangere Frau war trotz der Behandlung schon sehr heruntergekommen, ihr Puls schwankte um 100, sie konnte nur taumelnd etwas gehen und mußte meistens liegen. Sie bekam täglich dreimal eine Tablette, und das Erbrechen ließ nach. Sobald sie die Tabletten aussetzte, wurde das Erbrechen wieder ärger. Daraufhin nahm sie wieder die Tabletten mit demselben Erfolge. Das morgendliche Erbrechen hielt sich am längsten, doch nach zwei Monaten, in welcher Zeit sie fortwährend mehr oder weniger (3—2—1) Tabletten nahm, war es endgültig verschwunden. Seit dieser Zeit hat Verfasser sich noch einige Male überzeugen können, daß das Thyreoidin auch bei anderen prompt wirkte; das Erbrechen wurde seltener, und in ein bis zwei Monaten verschwand es. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 43.)

Aktive oder abwartende Eklampsiebehandlung? Von Privatdozent Dr. L i c h t e n s t e i n (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig). „Die Behandlung der Eklampsie ist an der Leipziger Klinik seit April 1911 eine abwartende. Sie besteht in großen primären Aderlässen von 500 ccm, kombiniert mit der Methode S t r o g a n o f f's, wobei alle Maßnahmen in Narkose vorgenommen werden. Die bisherigen Resultate sind folgende: Von 80 Eklampsien starben 5 = 6,25%. Eine Kranke starb an Peritonitis nach Zangenversuchen außerhalb, zwei an Pneumonie infolge Einflößens im Koma außerhalb. Von 63 lebensfähigen Kindern starben 13 = 20,6% gegen 36% bei aktiver Therapie. Volle zwölf Monate hindurch verloren wir keine Eklampsie bei einer Frequenz von 60 Fällen, die in geschlossener Serie hintereinander heilten. Interkurrent heilten von 80 Fällen 32 = 40%, von 68 Fällen dagegen nach Abzug der Wochenbettseklampsien 32 = 47,1% der Eklampsien ante und intra partum. Die Zeit der Entbindung vom letzten Anfalle bis zur Geburt schwankte in diesen Fällen zwischen 12 Stunden und 19 Tagen. Bei allen interkurrenten Fällen kamen 19 Kinder lebend zur Welt, in keinem der übrigen Fälle war die Besserung auf etwa vorhergegangenen Fruchttod zu beziehen. 26 von diesen 32 Frauen gebaren bei zurückgekehrtem Bewußtsein. In sechs Fällen wurde der Urin schon vor der Geburt eiweißfrei, in weiteren neun bzw. acht Fällen nahm die Eiweißmenge schon vor der Geburt beträchtlich bzw. deutlich ab. Das Material war durchaus kein leichtes. Denn zwei Frauen hatten Hämoglobinurie. Sechs Kranke davon genasen. Bei allen 80 Fällen hörten nach einmaligem Aderlasse in 47 Fällen die Krämpfe

sofort ganz auf = 58,8%. In dieser Beziehung ist also der Aderlaß der aktiven Therapie ebenbürtig bzw. insofern überlegen, als doch in 32 Fällen die Krämpfe schon vor der Entbindung aufhörten. In einigen Fällen wurde die Eiweißabnahme so früh nach Einleiten der Behandlung beobachtet, daß dies auf die Blutentziehung bezogen werden muß, weil das Schema nach Stroganoff noch kaum zur Hälfte durchgeführt war. Ein großer Vorzug der Methode ist die größere Zahl der Spontangeburt. Es waren ihrer 53 = 66,3% gegen nur 22% früher. Diese Resultate, an einer doch nicht ganz geringen Gesamtzahl erzielt, sind nicht nur bezüglich des Verlaufes der interkurrenten Eklampsien interessant, sondern sie sind auch besser als mit der aktiven Therapie. Deren Notwendigkeit habe ich bereits vor 1½ Jahren verneint, eines besseren Beweises für meine Anschauungen sollte es kaum bedürfen.“

(Zentralblatt für Gynäkologie 1912 Nr. 47.)

Syphilis.

Ergebnisse der Serumdiagnostik bei kongenitaler Lues.

Von O. Stiner (Aus dem Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten der Universität Bern). Fast alle Untersucher heben die große Regelmäßigkeit hervor, mit der durch die Wassermannsche Reaktion die ererbte Syphilis bei manifesten Symptomen angezeigt wird. Die symptomlosen Kinder luetischer Mütter reagieren ungefähr im selben Verhältnis wie die latenten Syphilitiker. Es ist das bei Neugeborenen dadurch zu erklären, daß in den negativ reagierenden Fällen die Infektion intra partum stattgefunden hat und daß diese eigenartige Latenzzeit als erstes Inkubationsstadium der Syphilis anzusehen ist (Bruck). Die positive Reaktion ist bei manifester unbehandelter Lues congenita außerordentlich stark. Das Serum reagiert gewöhnlich bis 0,01, also in 100facher Verdünnung, mit den empfindlichen Azetonextrakten sogar oft bis zur Verdünnung 1 : 1000. Ueber ähnliche Resultate berichtet Boas. Das St. zur Verfügung stehende Material, etwa 120 Fälle mit zirka 50 positiven Reaktionen, stammt aus fast allen Teilen der Schweiz. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der im gleichen Zeitraum von der Luesabteilung ausgeführten zirka 4000 Untersuchungen ist diese Zahl von 120 Fällen eine geringe; sie wäre wahrscheinlich größer, wenn nicht viele Aerzte vor der vermeintlichen Schwierigkeit der Blutentnahme zurückschrecken würden. Ein Wort zur Technik der Blutentnahme. Bei den meisten Kindern wird trotz der Kleinheit der Gefäße ein Einstich in die leicht gestaute Vena mediana gelingen und die nötige Quantität, 2—3 ccm, Blut liefern. Aus der großen Zehe oder aus den Ohr läppchen gelingt die Entnahme weniger gut und ist zeitraubend. Bei schlecht sichtbaren Armvenen bleiben zwei Wege: bei fetten

Kindern ist der Schröpfkopf zu empfehlen, bei mageren liefert ein kleiner Schnitt, $\frac{1}{2}$ —1 cm lang, quer über einen der ektatischen Frontalvenenäste genügend Blut. Das klinische Bild der kongenitalen Lues ist ein so mannigfaltiges und wechselvolles, daß auch der Syphilidologe gerne die serologische Untersuchung zur Sicherung seiner Diagnose heranzieht; um so mehr wird die Reaktion dem Nichtspezialisten große Dienste leisten. Das konstanteste und hervorstechendste Symptom der Syphilis des Neugeborenen ist die Coryza, der luetische Schnupfen. Die anatomische Grundlage dafür ist eine Rhinitis sicca. Diese Rhinitis kann, wenn sie typisch ausgebildet ist, allein schon ohne andere Symptome zu der Diagnose Lues führen. Unter 22 Fällen von Rhinitis, die zur Untersuchung gelangten, fand St. 15 mit positiver Reaktion, dabei waren in der Anamnese und im Status der Patienten in acht Fällen absolut keine anderen Anhaltspunkte für Lues vorhanden. Mit Ausnahme eines einzigen Falles reagierte jede Rhinitis positiv, die speziell als sicca oder hypertrophica hervorgehoben war. Das negativ reagierende Kind war erst drei Wochen alt, konnte also eventuell die Reaktionskörper noch nicht hervorbringen. Zwei Fälle, in denen behindertes Nasenatmen mit Lähmung, bzw. Pseudolähmung vergesellschaftet war, reagierten ebenfalls positiv. Speziell in den Fällen, wo die Rhinitis sicca das einzige Symptom einer hereditär-luetischen Erkrankung ist, ist die Wassermann'sche Reaktion von großer Bedeutung für die Diagnose. Dasselbe gilt, vielleicht in noch größerem Maße, für die bei der Erbsyphilis als vereinzelte Symptome auftretenden Darmerscheinungen, Leberschwellungen, meningitischen Störungen. Die Hauterscheinungen der Lues congenita sind im allgemeinen charakteristisch genug zur Sicherstellung der Diagnose. Die Reaktion wird aber gute Dienste leisten in den vielen Fällen, wo trotz manifester luesverdächtiger Symptome die Lues von den Eltern geleugnet wird. St. beobachtete in acht Fällen innerhalb der ersten drei Monate positive Reaktion. Ein Fall von Paronychie reagierte ebenfalls positiv. Ein Pemphigus bei einem $2\frac{1}{2}$ Monate alten Kinde erwies sich durch negative Reaktion als nicht luetisch. Dagegen zeigte ein drei Monate altes Kind mit multiplen Abszessen zwischen Haut und Periost des Schädels eine positive Reaktion. Von den frühsyphilitischen Affektionen des Knochensystems, die gewöhnlich im ersten Vierteljahr auftreten, kamen zwei Fälle unter dem Bilde der Parrot'schen Scheinlähmung zur Untersuchung. Beide reagierten positiv. Spontanfrakturen bei einem anderen negativ reagierenden Kinde konnten auf andere Ursachen zurückgeführt werden. Verbiegungen der Unterschenkel bei einem vier Monate alten, nicht rachitischen Kinde zeigten durch positive Reaktion ihren luetischen Charakter an. Hydro-

cephalus reagierte in zwei von sechs Fällen (fünf Monate und 1½ Jahre alt) positiv. Venenektasien, denen so oft Bedeutung für die Diagnose der Lues zugeschrieben wird, zeigten nie positive Reaktion. Frühsymptome von seiten der Eingeweide, die in acht Fällen wegen Luesverdacht zur Untersuchung führten, waren nur in einem Falle mit positiver Reaktion verbunden, in einem typischen Fall von Lebersyphilis mit Ikterus und Hypertrophie von Leber und Milz. Zwei weitere Fälle von Leberhypertrophie reagierten negativ. Von zehn Fällen von Atrophie waren drei syphilitisch, das heißt, sie hatten positive Reaktion. In einem Falle waren vergrößerte Kubitaldrüsen nachgewiesen, ein zweiter war mit einer Mißbildung kompliziert. Die zur Untersuchung gelangten Säuglinge mit eklamptischen und epileptiformen Anfällen, mit zerebralen und meningitischen Symptomen, zeigten nie positive Reaktion, dagegen trat diese auf bei vier derartigen Fällen im späteren Kindesalter, von vier bis acht Jahren. Die Lues hereditaria tarda reagierte bei manifesten Symptomen prompt. Neun Fälle von Keratitis parenchymatosa reagierten sämtlich positiv. Die Feststellung eines einzigen Hutchinson'schen Zahnes führte zur Anstellung der Reaktion; sie war positiv. Ebenso in einem Falle von Mikrodontie. Ein Fall von Taubheit, ein Fall von Schwerhörigkeit reagierten positiv (bei dem zweiten war in der Anamnese eine abgelaufene Keratitis festgestellt). Von Knochenerkrankungen zeigten sich dreiluetisch, zwei davon bestanden in der charakteristischen Auftreibung der Tibia. Zwei Kinder im Alter von 12 und 14 Jahren mit Drüsenpaketen am Halse zeigten positive Reaktion. Sechs andere Fälle von Drüsenerkrankungen reagierten negativ. Ein Fall, bei dem außer Schwellung der Leber keine Krankheitssymptome vorlagen, konnte, da er positiv reagierte, einer rationellen Behandlung zugeführt werden. Interessant ist das Verhalten der Reaktion bei Idiotie und den ihr verwandten Erscheinungen. Neun Fälle, die zur Untersuchung kamen, reagierten alle negativ. Es sind über die Beziehungen der Lues congenita zur Idiotie in anderen Ländern weitgehende Untersuchungen an Hand der Wassermann'schen Reaktion gemacht worden. So untersuchte Kürner 1244 Insassen von neun Schwachsinnigenanstalten Württembergs, wobei hauptsächlich berücksichtigt wurden Idiotie, Epilepsie, Hydro- und Mikrozephalus und Little. Von den 1244 Untersuchten reagierten 119, also 9,6%, positiv. Unter diesen 119 waren 60, die Hälfte, Idioten. Die anderen Krankheiten waren vertreten wie folgt: Epilepsie 31, sekundäre Verblödung 10, Hydrozephalus 6, Mikrozephalus 4, Varia 7. Kürner schätzte danach die Fälle von Idiotie und Epilepsie, die auf Rechnung der Erbsyphilis kommen, auf zirka 15% bzw. 5—6%. Ähnliche Zahlen fanden Alt und Lippmann für die Schwachsinnigen Preußens. Untersuchungen französischer Autoren (Raviart,

Breton, Petit, Gayet) ergaben bei 400 Fällen von Idiotie, Imbezillität und Epilepsie 29,2% positive Reaktionen, also 117 kongenital Luetische. Frühere Schätzungen der Psychiater decken sich ungefähr mit den Befunden der genannten deutschen Autoren. Wildermuth setzt 12%, Binswanger 9,5%, Ziehen 10% der Fälle jugendlichen Schwachsinn auf Rechnung der angeborenen Syphilis. Ueber die Bedeutung der Lues für die Epilepsie gehen die Ansichten weit auseinander. Bratz schätzt die Zahl der kongenital Luetischen unter den Epileptikern auf 4—7%, Siebold auf 1,8%, Heubner auf 23%. Für die schweizerischen Verhältnisse sind die Untersuchungen von Kürner von großem Werte, da der Kropf in Württemberg ebenfalls endemisch ist, der in der Schweiz neben dem Alkoholismus so oft für den Schwachsinn verantwortlich gemacht wird. Eine serologische Untersuchung dieser Schwachsinnigen würde wahrscheinlich eine große Anzahl derselben als Erbsyphilitiker erkennen lassen, und es könnte auf Grund dieser Diagnose wenigstens ein Teil dieser Unglücklichen einer rationelleren Behandlung und damit einer Besserung und sogar Heilung zugeführt werden. Für die Kinderpraxis ist die Serumdiagnostik der Syphilis von um so größerer Bedeutung, als hier noch mehr als bei der Lues der Erwachsenen die Anamnese oft vollständig versagt. Der Ehemann der klinisch gesunden Mutter eines luetischen Kindes gibt in den seltensten Fällen die Infektion zu, aus einigermaßen begreiflichen Gründen. Die Syphilis der infizierten Mütter verläuft oft so leicht, daß viele dieser Frauen von ihrer Krankheit gar nichts wissen. Bei St.'s Material sind etwa in 15% der Fälle Angaben der Eltern vorhanden über durchgemachte Syphilis, dagegen ist bei 53 von 120 serologisch untersuchten Kindern durch die positive Reaktion Lues congenita konstatiert worden, also in 44%. Zweidrittel der Eltern haben somit die Infektion negiert. Der Arzt soll nun in diesen Fällen ohne richtige Anamnese, oft auf ein einziges Symptom basierend, seine Diagnose stellen und danach die Therapie einrichten. In diesen Fällen ist der Nutzen der Serumdiagnostik am größten. Eine lege artis ausgeführte Wassermann'sche Reaktion gibt meist vollen Aufschluß. Eine positive Reaktion ist bei richtiger Technik absolut beweisend für Syphilis, eine negative bei manifesten luesverdächtigen Symptomen läßt Syphilis fast mit Sicherheit ausschließen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1912 Nr. 16.)

Ueber Abortivkuren mit Salvarsan. Von Dr. Emanuel Freund in Triest. Verfasser hat bisher in seiner Privatpraxis 20 Fälle von Ulcus durum mit Salvarsan abortiv behandelt. Von diesen stehen 17 in regelmäßiger Beobachtung, während drei sich nicht mehr vorgestellt hatten. Von ihnen konnte Verfasser, da sie im Aus-

land leben, nur auf brieflichem Wege in Erfahrung bringen, daß sich bei ihnen bisher — d. h. seit 1½ Jahren — keinerlei Anzeichen von Syphilis gezeigt hätten. Diese sollen hier natürlich nicht registriert werden. Die Diagnose war in sämtlichen Fällen durch Spirochätenbefund gestützt. Dagegen war, da es sich fast durchweg um ganz frische Sklerosen handelte, vor der Behandlung die Wassermannsche Reaktion nicht angestellt worden. Wo immer es ausführbar war, wurde der Behandlung die Exzision des Ulcus vorausgeschickt. Die Behandlung selbst bestand bei den ersten Fällen in einer endovenösen Salvarsaninjektion (0,4—0,5), dann in einer drei- bis vierwöchentlichen Merkurialkur (Asurol, Hydrarg. salicyl., Kalomel) und zum Schlusse in einer intramuskulären Salvarsaninjektion (0,5). Manchmal machte Verfasser zuerst diese und zum Schlusse die endovenöse Injektion. In letzter Zeit wurden drei bis vier endovenöse Injektionen, kombiniert mit Hg, vorgenommen. Da nun bei der Hälfte dieser Fälle bereits 1½ Jahre vergangen sind, ohne daß sich bei ihnen die geringsten Anzeichen von Syphilis gezeigt hätten, so kann man wohl mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit annehmen, daß diese auch weiterhin vom Ausbruche der Syphilis verschont bleiben werden. Es ist selbstverständlich, daß sämtliche 14 symptomlos gebliebenen Patienten sich jeder weiteren Behandlung enthielten. Bemerkenswert scheint der Umstand zu sein, daß die Abortivkur bei denjenigen drei Patienten nicht gelungen ist, welche sehr spät, also bei wahrscheinlich schon positivem Wassermann, in Behandlung getreten sind. Es sind eben, wie allgemein bekannt, die Aussichten auf ein Gelingen der Abortivkuren um so größer, je frühzeitiger diese einsetzen und je energischer diese sind. Und wenn die ersten, entschieden zu schwach behandelten Fälle trotzdem von Sekundärerscheinungen und Syphilis überhaupt verschont geblieben sind, so spricht dies eben für die mächtige Wirksamkeit des Ehrlich'schen Heilmittels. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Tuberkulose.

Ueber den künstlichen Pneumothorax bei Lungentuberkulose und Bronchiektasien. Von F. Volhard, Direktor der städtischen Krankenanstalten in Mannheim. „Ein Pneumothorax galt noch während meiner Assistentenzeit in Gießen für ein Ereignis. Geheimrat Riegel kam alsbald auf die Station, sich diese rara avis anzusehen, und der Fall wurde am folgenden Morgen vorgestellt. Für den Kranken galt das Ereignis als höchst prekär, die Prognose für sehr infaust. Inzwischen haben sich unsere Ansichten gewaltig geändert. Man sieht nicht nur den spontanen Pneumothorax, wenn er ohne Erguß und Infektion bleibt, gut ausheilen, sondern man macht ihn sogar künstlich, um eine erkrankte Lunge zum Kollabieren

zu bringen und unter bessere Heilungsbedingungen zu setzen. Die neue Behandlungsmethode basiert auf der ärztlichen Beobachtung, daß gelegentlich der durch ein pleuritische Exsudat bewirkte Lungenkollaps eine schwere tuberkulöse Erkrankung der betreffenden Lunge günstig beeinflußt. Der leitende Gedanke der Behandlung ist nun der, diesen günstigen Lungenkollaps künstlich zu erzielen durch Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax und Einfüllung eines schwer resorbierbaren Gases — Stickstoff — in die Pleurahöhle. Die Idee stammt von Forlanini in Pavia, das Verdienst den künstlichen Pneumothorax, der in Italien und Amerika bereits mit Erfolg vielfach ausgeführt worden war, in Deutschland eingeführt zu haben, gebührt Brauer. — Die Vorteile der Methode bestehen in folgendem:

1. Sie gibt noch Chancen auf Besserung oder Heilung bei scheinbar aussichtslosen, eine ganze Lunge ergreifenden Prozessen, die bisher für unheilbar galten.

2. Die Behandlung erfordert nicht so schwere Eingriffe in das Erwerbs- und Familienleben der Kranken wie die klimatischen Kuren und ist auch bei Unbemittelten anwendbar; man kann fast sagen, es gelingt, wie es die Hintertreppenheilkünstler für die Geschlechtskrankheiten versichern, Heilung ohne Berufsstörung.

3. Einen nicht zu unterschätzenden Vorteil der Methode erblicke ich in der bedeutenden Herabminderung der Infektionsgefahr für die Umgebung des Kranken, da der Auswurf in der Regel fast oder ganz schwindet und meist auch die Tuberkelbazillen.

Als Nachteile der Methode wären anzuführen:

1. Der Zwang zu einer etwa allmonatlichen Nachfüllung, der bei weit entfernt wohnenden Kranken sehr störend ins Gewicht fällt.

2. Ist ein Nachteil der Methode, daß zu ihrer Durchführung ein guter Röntgenapparat zur Verfügung stehen muß, beides Umstände, welche der Kollapstherapie die Einbürgerung in die allgemeine Praxis sehr erschweren.

3. Die lange Dauer der Behandlung, doch kann diese nicht als ein nur der Kollapstherapie eigener Nachteil angesehen werden, da bei derartig schweren Fällen eine Sanatoriums- oder Tuberkulinbehandlung, falls sie überhaupt zum Ziele führt, auch viele Monate oder Jahre beansprucht.

4. Das Auftreten von Pleuraergüssen ist eine häufige Begleiterscheinung des künstlichen Pneumothorax.

Manche Fälle haben während der ganzen Behandlung einen solchen Erguß, ohne die geringsten Beschwerden dabei zu verspüren. Zuweilen macht sich seine Entstehung durch eine leichte Störung des Allgemeinbefindens bemerkbar. Herr Oberarzt Keller hat alle Ergüsse bakteriologisch untersucht, die meisten erwiesen sich als

steril, ein Teil enthielt auch Tuberkelbazillen, ohne daß aber dadurch das Zeichen zu einer eitrigen Umwandlung gegeben worden wäre. Aus zwei Gründen sind die Pleuraergüsse sogar erwünscht: Einmal hat sich gezeigt, daß die Pleura bei Anwesenheit eines Exsudates wesentlich langsamer Stickstoff resorbiert, so daß nur selteneres Nachfüllen nötig ist, zum anderen hat sich auch bei Beendigung der Therapie das Vorhandensein eines Exsudates, das den Stickstoff ersetzt und den Kollaps noch eine Zeit lang unterhält, als vorteilhaft erwiesen. Dagegen gehört die Umwandlung des Exsudates in ein Empyem zu den unangenehmsten Komplikationen. Diese trat bei dem Falle M. .ler nach einer sehr schönen Besserung — er war fieberfrei und hatte sechs Pfund zugenommen — allmählich ein und hat dadurch vorübergehend den ganzen Erfolg wieder in Frage gestellt, desgleichen im Falle H. .ann.

5. In fünf Fällen kam es zu einer Infektion der anderen, bis dahin anscheinend gesunden Seite, so daß bei drei der geheilten Kranken bereits mit sehr gutem Erfolge ein zweiter Pneumothorax auf der anderen Seite angelegt wurde. Es ist sehr schwer zu sagen, ob diese neue Infektion der anderen Seite in Zusammenhang zu bringen ist mit der Kollapstherapie und als Nachteil der Methode anzusehen ist. Da die doppelseitige Infektion so außerordentlich häufig ist, so kann man wohl nur so viel sagen, daß die erfolgreiche Kollapstherapie einer Seite nicht vor einer neuen Infektion der anderen Seite schützt. Wie häufig Doppelseitigkeit der Infektion vorkommt und die Anwendung der Kollapstherapie unmöglich macht, geht aus folgenden Zahlen hervor: Unsere 56 Fälle von Tuberkulose, zu denen noch sechs zuzuzählen wären, die die Anlegung eines Pneumothorax ablehnten, sind aus einem Gesamtmaterial von 789 schweren Tuberkulosen ausgewählt. Es kamen also nur in 7,8% der Fälle die Kollapstherapie überhaupt in Betracht. Zieht man davon noch die 22 Fälle ab, bei denen es auf Grund von ausgedehnten Verwachsungen der Pleura nicht gelang, einen wirksamen Kollaps zu erzielen, so bleiben nur noch 34 Fälle = 4,3% übrig, bei denen die Pneumothoraxtherapie durchzuführen war. Und selbst von diesen war bereits eine ganze Anzahl doppelseitig erkrankt. Darin scheint mir der größte Nachteil der Methode zu liegen, daß sie nur bei einem sehr kleinen Teil der Fälle anwendbar ist. Doch ist zu hoffen, daß in Zukunft eine größere Zahl von Kranken der Vorteile der Methode teilhaftig wird, wenn eine größere Vertrautheit der Aerzte mit der Pneumothoraxbehandlung dazu führt, daß geeignete Kranke in einem früheren Stadium ihr zugeführt werden. Daraus ergibt sich zum Schluß die Frage nach der Indikationsstellung: Welche Fälle eignen sich zur Kollapstherapie?

1. Die notwendige Bedingung ist das Fehlen stärkerer Verwachsungen zwischen beiden Pleurablättern. Ein sicherer Anhaltspunkt dafür, ob die Pleurablätter verwachsen sind oder nicht, ist aber weder klinisch noch röntgenologisch zu gewinnen. Selbst bei perkutorischer Unbeweglichkeit der Lungengrenzen können Adhäsionen fehlen und umgekehrt vorhanden sein, trotz Beweglichkeit der Lungenränder. Hier entscheidet also nur der Versuch.

2. Der Prozeß muß möglichst einseitig sein, kann aber die ganze Lunge durchsetzen. Es bleibt Sache der persönlichen Erfahrung, ob man auch bei doppelseitigen Erkrankungen einen Versuch wagen will, die stärker befallende Seite zum Kollabieren zu bringen.

3. Am besten eignet sich die einseitige kavernöse Phthise.

4. Fraglich ist die käsige Pneumonie. In einigen Fällen war der Erfolg sehr gut.

5. Schwere Hämoptoe sahen wir einmal sofort zum Stillstand kommen.

6. Nicht geeignet ist der Lungenabszeß und die galoppierende disseminierte Tuberkulose.

7. Schwere Bronchiektasen ohne Pleuraverwachsungen sind außerordentlich geeignet, bedürfen aber einer langdauernden Unterhaltung des Kollapses.

Die mitgeteilten guten Resultate zeigen, daß das Prinzip der Methode richtig ist. Infolgedessen wird man sich nunmehr leichter entschließen, in denjenigen Fällen, in denen Pleuraadhäsionen einen Kollaps der Lunge nicht gestatten, operativ den Kollaps zu erzwingen durch Brustwandentknochung oder besser durch das viel schonendere Verfahren von Wilms, der die Rippen vorn und hinten durchschneidet und dadurch eine Abflachung des Thoraxgewölbes erzielt. Doch sollte man, ehe man dem Kranken die verstümmelnde Operation zumutet, unter allen Umständen erst den Versuch des Pneumothorax machen. Ich hoffe, Sie durch das Gesagte überzeugt zu haben, daß wir Aerzte, die wir bisher derartig schweren Fällen von Tuberkulose und Bronchiektasen machtlos gegenüber gestanden haben, allen Grund haben, Forlanini dankbar zu sein für seine geniale Idee, und Brauer für seine von hoffnungsfreudigem Enthusiasmus getragenen Bemühungen, die Kollapstherapie in Deutschland einzuführen.“ (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 32.)

Potentia generandi trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis. Von P. Bull in Christiania. Bei diesem Falle war folgendes von besonderem Interesse:

1. Der Patient ist trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis, mit vorübergehender Tuberkulose der Prostata kompliziert, doch der Vater dreier Kinder. Es scheint nämlich aus folgenden Gründen sehr

wahrscheinlich, daß der Mann wirklich der Vater ist: Erstens schließt das Resultat der Untersuchung des Samens nicht diese Möglichkeit aus. Freilich waren die Spermatozoen im Augenblick der Untersuchung ohne Bewegung; aber trotzdem können sie sich doch sehr wohl im Moment der Ejakulation bewegt haben. Zweitens, das erste Kind wurde genau neun Monate nach der Hochzeit geboren. Drittens, das zweite Kind ist dem Vater sehr ähnlich. Endlich, nach der Geburt des dritten Kindes werden auf Initiative der Frau Präventivmittel benutzt.

2. Das Sperma ist ohne den charakteristischen Geruch, Florence's Reaktion ist negativ, was auf eine geringe oder fehlende Beimengung von Prostatasekret deutet. Es scheint also diese Beimengung nicht immer, so wie die allgemeine Lehre ist, eine *Conditio sine qua non* der befruchtenden Fähigkeit des Samens zu sein. Der Mangel oder die Geringfügigkeit des Prostatasekrets erklärt vielleicht, daß die Spermatozoen schon nach wenigen Stunden bewegungslos waren.

3. Die Frau hat trotz mehrjähriger, regelmäßiger Einführung tuberkulösen Samens in die Vagina keine Symptome eines tuberkulösen Genitalleidens.

4. Bei den zwei jüngsten Kindern ist die Pirquet'sche Reaktion negativ.

5. Obgleich der Samen bei Meerschweinchen Tuberkulose hervorruft, können Kinder ohne Tuberkulose geboren werden und ohne Tuberkulose bleiben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Ueber die Bekämpfung der Tuberkulose von den oberen Luftwegen aus mittels des „Prophylacticum Mallebrein“. Von Dr. Jarosch, Oberarzt der Heilstätte Friedrichsheim (Baden). Angeregt durch die Arbeit von Hugo Beckmann, „Das Eindringen der Tuberkulose und ihre rationelle Bekämpfung“, in der Beckmann den Standpunkt einnahm, daß die Bekämpfung der Tuberkulose ihre Hauptaufgabe in der Verschließung der Eingangspforten für Tuberkelbazillen, Eitererreger etc. suchen müsse, unternahm Geh. Regierungsrat Dr. F. Mallebrein Versuche, ein Mittel zu finden, um von den Schleimhäuten der oberen Luftwege aus einen solchen Abschluß der Eintrittspforten herbeizuführen. Er fand dies Mittel in dem chlorsauren Aluminium. Das Prophylacticum Mallebrein — unter diesem Namen befindet sich das Mittel im Handel — ist in den letzten drei Jahren von einer großen Anzahl Aerzte in Baden, besonders in Karlsruhe, Freiburg und Bruchsal, angewendet worden. Bei der Anwendung ergab sich bald, daß man es in der Tat mit einem Mittel von hervorragenden Eigenschaften zu

tun hat. Es wirkt nicht nur besonders günstig bei Affektionen der Luftwege — hier zeigt sich die rasche und energische Wirkung besonders bei Anginen, bei denen auch in schweren Fällen bereits nach den ersten Anwendungen überraschend schnell Linderung und Abklingen der Krankheitssymptome eintrat — sondern auch bei vielen anderen Erkrankungen infektiöser Natur, z. B. bei Affektionen des weiblichen Genitalapparates. Verfasser will nur kurz einen Fall anführen, den Dr. Buchmüller (Bruchsal) ihm neben mehreren andern zur Verfügung stellte. Er bekam eine Frau mit schwerer Vaginitis mit starkem eitrigem Fluor albus in Behandlung, die vorher bereits lange Zeit mit Ausspülungen und Tampons der verschiedensten Art ohne Erfolg behandelt worden war. Es wurde nun drei Wochen lang täglich, dann zwei Wochen lang jeden zweiten Tag abends ein mit Prophylacticum — anfangs stark verdünnt — getränkter Tampon eingelegt, der über Nacht liegen blieb. Am Morgen wurde eine Ausspülung gemacht. Der Fluor verschwand unter dieser Behandlung vollständig ohne jeden Rückfall.¹⁾ Verfasser möchte noch auf die Wirkung des Prophylacticums Mallebrein auf tuberkulöse Prozesse in der Lunge eingehen. Es wird dreimal täglich mit einer Lösung von 25—30 Tropfen des Mittels auf drei Eßlöffel Wasser tüchtig gegurgelt, immer nach dem Essen, dazwischen wird zwei- bis dreimal täglich mit einer etwa halb so starken Lösung inhaliert. Das Inhalieren darf jedoch nicht, wie häufig, so ausgeführt werden, daß der Patient die Dämpfe möglichst tief einatmet — dies könnte besonders empfindliche Personen reizen — sondern man atmet die Dämpfe ruhig mit der gewöhnlichen Atmungstiefe ein. Sehr wichtig ist die richtige Anwendung, sowohl beim Gurgeln als beim Inhalieren. Bei oberflächlicher und unpunktlicher Anwendung wird man einen Erfolg nicht erzielen. Zu der richtigen Anwendung gehört auch die richtige Auswahl der Patienten. Wer absolut nicht gurgeln kann, oder wem das Inhalieren, auch stark verdünnter Lösungen, Beschwerden verursacht, eignet sich nicht zur Behandlung mit dem Prophylacticum. Wo Blutungen vorausgingen oder zu befürchten sind, wird man vorsichtshalber auf das Gurgeln sich beschränken. Ist der Organismus erschöpft und bestehen Komplikationen, die mit dem Mittel nicht erreichbar sind, so wird man natürlich keine Wirkung erreichen. Wer blindlings vorgeht, wird von dem Mittel nur eine falsche Ansicht bekommen. Bei richtiger Behandlung beobachtet man aber gewöhnlich folgendes: Besteht Fieber, so geht dieses, wenn es nicht von Komplikationen herrührt, meist rasch zurück. Die entfiebernde Wirkung

¹⁾ Bei entsprechend stärkerer Konzentration der zur Tamponierung angewandten Lösung der Prophylacticums haben Dr. Rosset und andere bei Erkrankungen ähnlicher Art noch raschere Dauererfolge erzielt.

fällt namentlich dann auf, wenn das Fieber vorher schon längere Zeit vergeblich bekämpft worden war. Der Erfolg hält, wenn die Anwendung sorgfältig fortgesetzt wird, auch an. Husten und Auswurf vermindern sich und verschwinden in den meisten Fällen nach einigen Wochen ganz. Das subjektive Befinden der Patienten hebt sich rasch, besonders auffällig ist die Erhöhung des Appetits. Durch das Verschwinden von Husten und Nachtschweißen bessert sich auch der Schlaf. Neben dieser subjektiven Besserung läßt sich aber auch in sehr vielen Fällen eine objektive Besserung des Lungenbefundes feststellen, indem die katarrhalischen Erscheinungen stark zurückgehen bzw. ganz verschwinden. Bei mehreren Patienten wurde durch die Anwendung des Mittels eine solche Besserung erzielt, daß die Heilstättenkur, welche von der Versicherungsanstalt wegen zu schwerer Erkrankung der Betreffenden als aussichtslos abgelehnt war, doch noch bewilligt und mit gutem Erfolge durchgeführt wurde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Tumoren.

Ein Fall von Granuloma teleangiectaticum manus. Von Dr. S. H a d d a (Aus der Chirurgischen Abteilung des israelitischen Krankenhauses zu Breslau). Im Jahre 1897 beschrieben P o n c e t und D o r eine Hautgeschwulst, die sie wegen ihrer großen Ähnlichkeit mit der von B o l l i n g e r ungefähr 30 Jahre vorher entdeckten Botryomykose des Pferdes mit demselben Namen belegten. Zu gleicher Zeit stellten sie die Behauptung auf, daß es sich hier ebenso wie beim Pferde um eine Infektionskrankheit handle, als deren Erreger sie einen bereits beim Tiere nachgewiesenen und von B o l l i n g e r als Botryomyces bezeichneten Parasiten annahmen. Seit dieser Zeit ist die menschliche Botryomykose immer wieder der Gegenstand lebhafter Diskussionen gewesen, ohne daß man bezüglich ihrer Aetiologie zu einem abschließenden Urteil gelangt ist. Nachdem man in den letzten Jahren sich immer mehr der Ansicht zugeneigt hat, daß es sich um eine schleichende Staphylokokkeninfektion handle, und daß der Botryomyces nichts anderes als eine Staphylokokkenart sei, hat im Anfang dieses Jahres S c h r i d d e eine aufsehenerregende Mitteilung über die Aetiologie der Botryomykose veröffentlicht, die geeignet ist, die ganze Erkrankung in anderem Lichte erscheinen zu lassen. S c h r i d d e fand in den Schnitten botryomykotischer Geschwülste bei Färbung mit Kresylviolett protozoenartige Gebilde, die er für die Entstehung der Erkrankung verantwortlich macht. Durch diese Publikation wird die Frage nach der Ursache des Granuloma teleangiectaticum, wie wir die Erkrankung nach dem Vorschlage K ü t t n e r's jetzt nennen, wieder aktuell. Verfasser möchte daher einen Fall kurz referieren, der auf der

chirurgischen Abteilung von Prof. Gottstein zur Beobachtung kam. Es handelt sich um einen 17jährigen Patienten, der im November vorigen Jahres die Abteilung wegen einer kleinen Geschwulst in der linken Handfläche aufsuchte. Er gab an, daß die Geschwulst zwei Monate vorher kurze Zeit nach einem Trauma aufgetreten sei. Damals habe er sich eine Hautfalte der linken Palma in einen Spalt einer hölzernen Stuhlplatte eingeklemmt. Eine eigentliche Wunde sei nicht entstanden, doch habe sich in den nächsten Tagen eine kleine blaurote Verfärbung eingestellt, die nicht zurückging. Nach etwa einem Monat begann an der Stelle, an der die Blaufärbung bestanden hatte, eine Geschwulst unter der Haut herauszuwachsen, die bei Stoß oder Druck sehr leicht blutete und schließlich walnußgroß wurde. Der Arzt schnürte sie mit einem Faden ab, worauf sie abfiel, sich aber schon nach ganz kurzer Zeit von neuem bildete. Schmerzen hat Patient in der Geschwulst nur einmal vor drei Wochen gehabt; damals ist angeblich etwas Eiter herausgekommen. Die Tendenz zur Blutung ist jedoch so groß, daß einmal beim Wechseln des Verbandes das Blut im Strahle aus der Geschwulst herausgespritzt sein soll. Mit Tieren hat Patient nie etwas zu tun gehabt. Die Untersuchung des Patienten ergab in der Mitte des linken Handtellers eine dunkelrote, zum Teil gelblich, zum Teil schwärzlich belegte, bohngroße, absolut schmerzlose Geschwulst. Der Tumor war in der einen Richtung etwas plattgedrückt, von weicher Konsistenz und auf Druck absolut schmerzlos. Eine Infiltration der Umgebung bestand nicht. Bei näherer Betrachtung ergab sich, daß die Geschwulst eine pilzförmige Gestalt hatte und auf einem kurzen, breiten Stiel saß. Die normale Haut ging bis dicht an den Stiel heran und an einer Stelle sogar auf ihn über. Im übrigen war der Stiel ebenso wie die ganze Geschwulst von Epidermis entblößt. Er ging in die Haut hinein und war von einer 1—2 mm breiten Rinne umgeben. Nach Reinigung der mit Blutkrusten bedeckten Oberfläche des Tumors blutete es aus der Geschwulst sehr stark, wie aus einem Schwamme. Eigentümlich war der Geschwulst ein fauliger, penetranter Geruch. Die Geschwulst wurde samt dem Stiel von einem elliptischen Schnitt aus exzidiert, die Wunde bis auf eine kleine Tamponadeöffnung vernäht. 15 Tage nach der Operation wurde Patient mit geheilter Wunde entlassen. — Der Fall entspricht vollkommen dem in der zusammenfassenden Arbeit von Küttner aus dem Jahre 1905 aufgestellten Typ der sogenannten botryomykotischen Geschwülste. (Berliner klin. Wochenschr. 1912 Nr. 40.)

Die Bedeutung des Traumas für Entstehung und Wachstum krankhafter Gewächse. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lubarsch (Düsseldorf). Verfasser kommt zunächst zu folgenden Ergebnissen:

1. Ein sicherer wissenschaftlicher Beweis dafür, daß einmalige Gewalteinwirkungen die Entstehung von krankhaften Gewächsen direkt auszulösen vermögen, ist bisher nicht erbracht.

2. Als beweisend angeführte klinische Beobachtungen und Statistiken sind deswegen nicht beweiskräftig, weil die anatomische Erfahrung immer mehr gezeigt hat, daß alle Arten von krankhaften Gewächsen — auch Krebse und Sarkome — eine lange Latenzzeit besitzen und zunächst auch nur langsam wachsen.

3. Ein wachstumsbeschleunigender Einfluß von Traumen auf bereits bestehende Gewächse ist theoretisch nicht zu bestreiten, im einzelnen Falle aber sehr schwer zu erweisen, weil alle Gewächse nicht kontinuierlich weiterwachsen, sondern Zeiten des Wachstumsstillstandes mit solchen der Wachstumsbeschleunigung wechseln.

4. Experimentelle Untersuchungen an Tiergewächsen, sowie Erfahrungen über den Einfluß selbst wiederholter Reizungen an menschlichen Gewächsen sprechen zum mindesten nicht für einen wachstumsbeschleunigenden Einfluß einmaliger Unfälle.

Verfasser meint dann: Wie soll man sich auf Grund dieser Ergebnisse in der praktischen Unfallbegutachtung verhalten?

Es liegt auf der Hand, daß man nicht einen rein negativen Standpunkt einnehmen darf, wohl aber wird es nötig sein, gegenüber der außerordentlich großen Neigung vieler Aerzte, in fast jedem Falle, wo ein Unfall nachgewiesen und später ein Gewächs entstanden ist, einen Kausalzusammenhang anzuerkennen, äußerste Vorsicht und Skepsis walten zu lassen und die strengsten Anforderungen für die Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhangs zu stellen. So bedenklich es ist, auf diesem schwierigen Gebiete Schemata zu geben, so will ich doch kurz den Standpunkt skizzieren, nach dem ich die beiden erörterten Fragen im Einzelfalle zu beurteilen pflege. Ich schicke als selbstverständlich voraus, daß das Unfallereignis sicher und klar erwiesen sein muß und ebenso das Bestehen eines echten Blastoms.

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einmaligem Trauma und Gewächsentwicklung wird nur dann als einigermaßen wahrscheinlich angesehen werden dürfen, wenn

a) die Gewalteinwirkung derartig stark und derartig lokalisiert war, daß sie eingreifende und länger dauernde Veränderungen an der Stelle hervorzurufen geeignet war, an der späterhin die Entwicklung des Gewächses beobachtet wurde.

b) der zwischen Trauma und Offenbarwerden des Gewächses liegende Zeitraum ein derartiger ist, daß er mit Größe, Art und histologischem Bau der Neubildung in Einklang gebracht werden kann.

ad a) Aus dieser Fassung geht hervor, daß ich es nicht für berechtigt halte, ein Trauma als einen direkt auslösenden Reiz für

Gewächsentwicklung anzusehen, sondern nur dann, wenn durch dieses Trauma sich über längere Zeit hinziehende Gewebsveränderungen zustande kamen. Auf der anderen Seite verlange ich aber nicht den Nachweis, daß genau diejenige Stelle von der Gewalteinwirkung betroffen war, an der späterhin das Gewächs auftrat, denn eingreifende und länger dauernde Veränderungen können durch eine erhebliche Gewalteinwirkung auch an solchen Stellen hervorgerufen werden, die von der direkt betroffenen Stelle entfernt sind.

ad b) Alle Versuche, in Zahlen Mindest- und Höchstangaben zu machen über den Zwischenraum, der zwischen dem Trauma und dem Offenbarwerden des Gewächses verlaufen sein darf, damit ein Zusammenhang anerkannt werden könne, sind nach meiner Meinung aussichtslos; denn gerade darüber, wie viel Zeit die Zellen brauchen, um zu einem wahrnehmbaren Gewächs heranzuwachsen, wissen wir gar nichts. Der Versuch L o e w e n s t e i n 's, durch Feststellung der Zeiten, die zwischen der Operation und dem Eintreten eines Rezidivs verlaufen, zu einem Urteil zu kommen, ist logisch verfehlt, denn die Rezidive gehen aus von Zellen eines bereits manifest gewordenen Gewächses, und es sind gewöhnlich die jüngsten, mit der größten Wachstumsenergie begabten Zellen, aus denen die Rezidive hervorgehen. Deswegen darf man nach meiner Meinung auch nicht sagen, daß ein Zusammenhang zwischen einer Neubildung und einem Trauma deswegen ausgeschlossen wäre, weil etwa bereits drei bis vier Jahre seit dem Trauma vergangen sind. Es kommt auf die Art des Gewächses an; bei einem langsam wachsenden Sarkom und Karzinom (einem Fibrosarkom, einem harten skirrhösen Krebs) ist dies durchaus nicht vollkommen ausgeschlossen. Auf der anderen Seite wird man aber wohl sagen dürfen, daß nach allen vorliegenden Erfahrungen ein Zeitraum von einigen Monaten viel zu gering ist, als daß es zur Bildung walnuß- und hühnereigroßer Gewächse kommen kann.

Ein verschlimmernder oder wachstumsbeschleunigender Einfluß eines Traumas auf ein bereits bestehendes Gewächs wird nur dann mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden dürfen, wenn

a) die Gewalteinwirkung von derartiger Natur und Lokalisation war, daß sie eingreifende und besonders den Zellstoffwechsel beeinflussende Störungen in den Gewächsen hervorzurufen geeignet war,

b) das Wachstum der Neubildung ein im Vergleich zur erfahrungsgemäßen Norm ungewöhnlich beschleunigtes war,

c) die histologische Untersuchung des Gewächses deutliche Spuren einer Gewalteinwirkung (frischere oder ältere Blutungen, ungewöhnliche Nekrosen usw.) und Anzeichen einer für die besondere Art der Neubildung ungewöhnlichen Wachstumsgeschwindigkeit aufdeckt.

Zu diesen Thesen möchte ich nur folgendes bemerken: Sie zeigen, daß ich für die Begutachtung eine genaue Kenntnis der histologischen Struktur des in Frage stehenden Gewächses und eine genaue Kenntnis der Geschwulstpathologie überhaupt verlange. In der Tat werden die verwickelten Fragen, um die es sich handelt, nur von dem mit einiger Objektivität beantwortet werden können, der große Erfahrung über die Gewächse überhaupt besitzt. Besonders ist es wichtig, daß man auch objektiv den Nachweis erbringt, daß das in Frage stehende Gewächs eine ungewöhnliche Wachstumsgeschwindigkeit darbot, was durch den Befund zahlreicher Mitosen, ungewöhnlicher Vielgestaltigkeit der Zellen und Kerne usw., geschehen kann. Ich sehe, daß auch andere Pathologen, wie z. B. Orth, in ihrer Begutachtung grundsätzlich denselben Standpunkt einnehmen wie ich. Ich verweise in dieser Hinsicht auf ein von ihm unterm 20. Mai 1909 abgegebenes Gutachten, wo er einen verschlimmernden Einfluß eines Traumas auf eine Krebsmetastase des Gehirns hauptsächlich auch deswegen annahm, weil diese Metastase eine ungewöhnlich schwere Schädigung des Gehirns hervorgebracht hatte.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 42.)

Vulnera.

Klinische Erfahrungen mit dem Protargol auf chirurgischem Gebiet. Von Dr. K. Sitzler (Aus dem Vereinshospital Hamburg). Im Krankenhaus ist seit einer Reihe von Jahren in einer großen Anzahl von Fällen das Protargol rein als Streupulver bei schmierig belegten eitrigen Wunden, speziell bei Pyocyaneusinfektionen, mit außerordentlich zufriedenstellendem Erfolge angewandt worden. Man ging in der Weise vor, daß die Wunde zunächst mit indifferenten Mitteln (schwachen Lösungen von Wasserstoff-superoxyd oder essigsaurer Tonerde) gereinigt, die Umgebung mit Aether oder Benzin von Schmutz befreit wurde, dann wurde die Wunde mit reinem Protargolpulver bestreut. Wegen möglichst sparsamer Anwendung bediente man sich hierbei zweckmäßig eines Pulverbläfers. Die Wunde wurde dann verbunden. Wenn der Verband durchgeschlagen war, wurde er in gleicher Weise erneuert. Innerhalb ganz kurzer Zeit, manchmal schon nach der ersten Behandlung, ist die Blaufärbung des Verbandes und der lästige Pyocyaneusgeruch verschwunden. Bei etwaigem Wiederauftreten des Pyocyaneus wird Protargolpulver wieder angewandt. Abgesehen von dieser Wirkung auf die Pyocyaneusinfektion macht sich die Wirkung aber auch auf die Wundheilung selbst sehr angenehm bemerkbar. Die Sekretion läßt schon nach kurzer Zeit nach, die Wunde reinigt sich und zeigt unter dem Einfluß des Protargols gute Granulationsbildung. Das Protargol wird durchweg gut vertragen. Die meisten

Patienten geben ein gelindes Brennen in der Wunde an, das aber im allgemeinen nach einer Stunde verschwindet, nur bei empfindlichern Personen hält es ab und zu etwas länger an, die Beschwerden sind aber nie so stark, daß ein Verband wieder abgenommen werden mußte.
(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Paraffinum liquidum in der Wundbehandlung. Von Dr. Auerbach (Detmold): „Jeder Praktiker weiß, wie schwer es häufig ist, die Haut in der Umgebung von länger bestehenden Wunden gesund zu erhalten. Bekannt ist auch, wie sehr die Heilungsdauer infolge der entzündlichen Reizung der Haut verzögert wird; es kommt zu juckendem und nässendem Ekzem, üppiger Granulationsbildung und anderen lästigen und störenden Vorgängen. Als Ohrenarzt habe ich bei Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes oft mit Wunden zu tun, bei denen sich diese Erscheinungen wegen der Nähe des Kopfhaares und wegen des häufig jauchigen Sekrets ganz besonders leicht zeigen. Seit einer Reihe von Jahren wende ich nun in der Wundbehandlung Paraffinum liquidum an, mit Hilfe dessen man alle die genannten Störungen sehr leicht und bequem vermeiden kann. Das Mittel ist so einfach, billig und von so unfehlbarer Wirkung, daß ich es der Allgemeinheit mitteilen möchte. Bei seiner Anwendung verfare ich folgendermaßen: Nach Tamponierung der Wunde und Reinigung und Trocknung der Haut pinsele ich mittels eines um einen Tamponträger oder eine Pinzette frisch gewickelten sterilen Wattepinsels die Umgebung der Wunde in weiter Ausdehnung, besonders auch die Haargrenzen, tüchtig mit Paraffin. liq. ein. Dieses wird kurz vor dem Gebrauch in ein sauberes, wenn nötig, sterilisiertes Näpfchen gegossen; die Flüssigkeit selbst braucht nicht sterilisiert zu werden, da sie bekanntlich selbst antiseptische Eigenschaften hat und im wesentlichen bei eitrigen Wunden angewandt werden wird. Darauf wird mit sterilen Verbandstoffen der Verband in gewöhnlicher Weise angelegt. Bei den weiteren Verbänden wird genau in der gleichen Weise verfahren. Eine für den Kranken besonders angenehme Begleiterscheinung dieses Verfahrens ist die, daß die Verbandstoffe auch bei starker Durchblutung nicht ankleben, sondern beim Verbandwechsel fast von selbst abfallen. Losweichen und schmerzhaftes Abreißen des Verbandes ist gänzlich überflüssig; auch hat man nicht nötig, im weiteren Verlaufe der Behandlung gegen Wundekzem Salben, Pasten oder krustenbildende Puder anzuwenden. — Gegen spezifische Hauterkrankungen, wie z. B. das Jodoformekzem, schützt das Paraffin natürlich nicht.“

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 48.)

Die Scharlachrotsalbe und ihre Modifikationen. Von Dr. C. Decker (Aus der Chirurgischen Abteilung des St. Vinzenz-

Krankenhauses zu Köln). Fast ausschließlich benutzt man jetzt zur Herstellung der Scharlachs Salbe das Amidoazotoluol. Sie kommt in derselben Weise zur Anwendung wie die ursprüngliche Salbe, und zwar in einer 8%igen Konzentration. Zur Anfertigung der Salbe benutzte man anfangs vielfach Chloroformöl. Bekanntlich ruft das Chloroform aber auf der Haut starke Reizerscheinungen hervor. Daher muß das Chloroform vor der Benutzung der Salbe wieder aus derselben entfernt werden. Dies ist jedoch unter Umständen recht schwierig, und man benutzt deshalb zur Herstellung der Salbe zweckmäßiger Olivenöl. Seitdem die Amidoazotoluolsalbe in den Arzneischatz eingeführt ist, hat Verfasser dieselbe zum Verbinden von granulierenden Wunden stets benutzt. Leider mußte er dabei konstatieren, daß ihr Preis ein recht erheblicher ist. Aber die Wirkung dieser Salbe schien besser zu sein, als die der gewöhnlichen Scharlachrotsalbe. Außerdem war das Arbeiten mit derselben bedeutend sauberer, da der Verband nur leicht gelb gefärbt wurde, die Wäsche jedoch nie, falls nicht die Salbe direkt mit ihr in Berührung kam. Die Wunden waren mit festem Epithel überzogen und zeigten keine Narbenbildung. Ein Vorteil, der besonders, wie dies von Strauß hervorgehoben wird, bei Wunden in der Nähe von Gelenken nicht zu unterschätzen ist. Die chemischen Fabriken von Kalle & Co. stellten in der letzten Zeit eine dem Amidoazotoluol ähnliche Substanz her, die absolut keine unangenehmen Färbereigenschaften haben sollte. Diesen neuen Stoff nennen sie Pellidol. Das Pellidol ist das Diacetylderivat des Amidoazotoluols (Amidoazotoluol + 2 Acetylgruppen). Diese Verbindung bildet hellziegelrote Nadeln, welche bei 65° schmelzen, oder dicke rote, dem Bichromat ähnliche Kristalle vom Schmelzpunkte 75°. Im Handel befindet sich das Präparat als rotgelbes Pulver. Pellidol ist in Aether, Alkohol, Eisessig, Aceton, Chloroform, Ligroin, Benzol leicht löslich, besonders auch in Vaselinen, Fetten und Oelen. In Wasser dagegen ist es unlöslich. Die Pellidolsalbe ist, falls sie nicht zu hochprozentig hergestellt wird, eine vollständige Lösung des Pellidols in der Salbengrundlage. Demgegenüber befindet sich bei einer 8%igen Scharlachrot- oder Amidoazotoluolsalbe der wirksame Bestandteil in Suspension. Daraus ergibt sich, daß die Pellidolsalbe mit einem geringeren Prozentgehalte die gleiche Wirkung besitzen kann. Ausgehend von dem Gedanken, daß, wenn der Salbe ein Desinfiziens zugesetzt würde, noch ein besserer Heilerfolg erzielt werden könne, stellte die gleiche Firma die Azodolensalbe her. Azodolen ist ein Gemisch von gleichen Teilen Pellidol und Jodolen. Jodolen, ein Desinfiziens, welches eine Verbindung von Jodol mit Eiweiß darstellt und 30% Jod enthält. Das Azodolen stellt ein blaßgelbes Pulver dar, welches ebenfalls keine Färbereigenschaften besitzen soll. Verfasser hatte Gelegenheit, diese Salben bei einer großen

Reihe von granulierenden Wunden anzuwenden. Außer bei vielen kleineren Wunden — einfache Verletzungen, Brandwunden, *Ulceræ cruris* usw. — benutzte er sie verschiedentlich bei großen Wundflächen nach *Mammaamputationen*. Infolge starker Spannung der Haut war eine Vereinigung der Wundränder nicht möglich und die dadurch bedingte Heilung *per primam intentionem* konnte nicht erfolgen. In einem Falle war Verfasser geradezu überrascht, wie schnell sich die etwa handtellergroße Fläche, die allerdings mit einigen kleinen transplantierten Hautläppchen besetzt war, epithelialisiert hatte. Nach wenigen Tagen war die Wunde vollkommen geheilt. In einem anderen ähnlich liegenden Fall erfolgte die Heilung nicht so außergewöhnlich schnell. Jedoch konnte Verfasser von Tag zu Tag beobachten, wie sich die Fläche unter dieser Salbenbehandlung vom Wundrande her nach der Mitte zu überhäutete. In den von Verfasser behandelten Fällen kam die Pellidol- und Azodolensalbe in einer 2%igen Konzentration zur Anwendung. Der Verband blieb stets zwei Tage liegen. Einen wesentlichen Unterschied in der Wirksamkeit beider Salben hat Verfasser nicht feststellen können. Ob es zweckmäßig ist, der Salbe ein Desinfiziens zuzusetzen, möchte er nicht entscheiden. Seine Erfahrungen haben Verfasser gezeigt, daß die Amidoazotoluolsalbe, sowie die Pellidol- und Azodolensalbe gegenüber der Scharlachrotsalbe den großen Vorteil der Sauberkeit besitzen. Die Pellidol- und Azodolensalbe haben im Gegensatz zur Amidoazotoluolsalbe den Vorzug, daß sie in einer 2%igen Konzentration die gleiche oder vielleicht eine bessere und schnellere Wirkung bezüglich der Epithelisierung hervorrufen. Außerdem ist der Preis der beiden letzten Salben ein geringerer, da zur Erzielung desselben Erfolges hier nur eine 2%ige Salbe erforderlich ist, während die anderen Salben 8%ig zur Verwendung kommen.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 49.)

Ueber Nekrose des Fettgewebes durch Naht. Darüber schreibt F. Eberhart in Köln: „Die Fettgewebsnekrosen kommen am häufigsten im Zusammenhang mit Pankreaserkrankungen vor und sind als fermentative Nekrosen zu betrachten, sie sind nicht das Produkt einer bakteriellen Entzündung. Es sind aber auch von Berner subkutane Fettgewebsnekrosen ohne irgendwelchen Zusammenhang mit Pankreasveränderungen konstatiert worden. Der mikroskopische Befund war der gleiche: Fettsäurenadeln, amorphe und krümelige Massen von fettsaurem Kalk in der Fettzelle. Bestimmt kommen auch Nekrosen des Unterhautfettgewebes durch die Naht vor. Denn das Fettgewebe hat eine geringe Blutversorgung; zieht man einmal einige Fäden stärker an, so reagiert das Fettgewebe trotz aller Asepsis mit Nekrose, es kommt dann zur Einschmelzung und Sequestrierung

des Gewebes, auf eine Infektion ist dieses Vorkommnis dann auch nicht zurückzuführen. Einen solchen Fall hatte ich Anfang dieses Jahres zu beobachten: 27jährige sehr wohlgenährte Dame mit besonders stark entwickeltem Panniculus adiposus in der Glutäal- und Dammgegend. Geburtsgeschichte bietet bei der in Schädellage II befindlichen Frucht nichts Wesentliches, außer daß zum Schluß wegen Wehenschwäche und Verlangsamung der kindlichen Herztöne Forceps nötig war. Sehr harter, großer Kopf. Vor Extraktion große Scheiden-Damminzision rechts. Forceps schwer anzulegen im rechten schrägen Durchmesser, damit Kopf in den geraden Durchmesser gedreht; dann Zange abgenommen und nochmals im queren Beckendurchmesser angelegt. Kind sehr groß, 8 Pfund 300 g wiegend. Desinfektion der Mutter: Abseifung, Rasieren der Schamhaare, Alkoholwaschung, Jodstrich. Naht der Inzision sofort mit Jodcatgut, sechs bis acht Nähte in die Scheide, ebenso viel außen. Plazenta $\frac{3}{4}$ Stunden p. p. durch Expression. Die ersten sechs Tage mußte katheterisiert werden, was stets von mir geschah. Fieberloser Verlauf, Höchsttemperatur 37,3°. Wunden nie gerötet, nie schmerzhaft. Am achten Tage brach die äußere Wunde auf, während die Scheideninzision tadellos geheilt war. Deshalb am 2. Februar, also 16 Tage nach der Geburt, Auslöffeln der Höhle und Sekundärnaht, da sich unter der Wundlinie und noch weiter nach außen unter der intakten Haut eine Höhle gebildet, die flüssiges Fett und drei Fettsequester enthielt (zwei kleinere und ein größeres, etwa walnußgroßes). Auch jetzt weder Temperatur- noch Pulserhöhung. Gut genähte Dammrisse, besonders aber selbstgemachte Inzisionen, müssen immer per primam heilen, sonst hat entweder der Operateur einen Fehler gemacht, oder die Asepsis ist nicht genügend gewahrt worden. Hier kann ich beides auf Grund meiner sonstigen Erfolge ausschließen, da die Geburt von Anfang bis zu Ende mit peinlichster Sorgfalt, unter Assistenz einer äußerst gewissenhaften Hebamme und Wärterin geleitet wurde. Den anderen Einwand, der mir vielleicht gemacht werden könnte, daß eine Infektion des Fettgewebes durch Urin erfolgte, möchte ich auch nicht gelten lassen — die Chirurgen sehen ja derartige Fälle bei Blasenoperation im Fettgewebe gelegentlich — da die ersten sechs Tage im Wochenbett katheterisiert werden mußte und dieses ebenfalls von mir unter allen antiseptischen Kautelen geschah. Trotz alledem habe ich aber in bester Absicht die Nekrose selbst verschuldet, indem ich, um die Wunde vor Wochenfluß oder sonstiger äußerer Infektion zu schützen, die Fäden zu nahe angelegt und jedenfalls auch zu stark angezogen habe. Wir wissen ja alle, daß Fett schlecht heilt, da das Unterhautfettgewebe geringe Vitalität hat durch die geringe Blutversorgung. Bei Bauchschnitten, die länger dauern, schneide ich deshalb vor der Naht der Wunde die ober-

flächlichen Fettschichten ab und fasse das Fett selbst nicht mit der Naht, nur bei sehr dicker Fettschicht lege ich in Abständen von 4—5 cm dünne Catgutfäden, so daß die Fettschichten nebeneinander liegen; jede stärkere Schnürung vermeide ich. Dagegen belaste ich immer etwas die Bauchdecken. Dies geht aber am Damm nicht, und man zieht deshalb die Fäden unwillkürlich stärker an. Zieht man aber einmal zu schwach an, kann eine Nachblutung entstehen; bildet sich dabei ein Hämatom, so kann dadurch auch das Fettgewebe zerstört werden, und die Folge kann wiederum eine herdförmige Nekrose sein. Man sieht aus obigen Ausführungen, daß trotz der peinlichsten Reinlichkeit hier und da, wenn auch selten, Störungen im Heilprozesse vorkommen können, denen man machtlos, aber auch schuldlos, gegenübersteht. Es dürfte sich deshalb im eigensten Interesse des Arztes empfehlen, fettleibige Patienten oder deren Angehörige darauf aufmerksam zu machen, daß unter Umständen die glatte Heilung einer Wunde durch eine Fettnekrose gestört und eine nochmalige Naht nötig werden kann. In der Literatur habe ich über die fragliche Angelegenheit nichts gefunden, während über die Nekrosen bei Pankreaserkrankungen, die freilich mit diesen Nekrosen nichts gemein haben und anders aussehen, in L u b a r s c h - O s t e r t a g Ausführliches zu lesen ist.“

(Zentralblatt für Gynäkologie 1912 Nr. 51.)

Vermischtes.

Verbesserte Kugelzange. Von Dr. S a n i t e r, Frauenarzt in Berlin. Die bisher gebräuchlichen Kugelzangen haben den Uebelstand, daß sie leicht abgleiten und so das einmal gepackte Gewebe ganz oder teilweise freigeben. Namentlich die Gynäkologen haben diesen technischen Mangel bei ihren Operationen oft zu beklagen. Verfasser hat sich deshalb bemüht, ein neues Modell zu konstruieren, das einmal Gefaßtes unter keinen Umständen wieder losläßt. Das lästige Abgleiten der alten Kugelzangen geschieht in der Weise, daß die Branchen sich zunächst der Fläche nach verbiegen; dann bedarf es nur einer zufälligen Rotation des Instrumentes, und das Abgleiten ist vollendet. Um nun das Verbiegen der Branchen zu verhindern, hat Verfasser nahe dem Ende der Zange, 1½ cm von der Spitze entfernt, eine Zwangsführung angebracht. Die eine Branche, die männliche, trägt ein Führungsblatt, die andere, die weibliche, ein zweckmäßig geformtes Führungsbett. Je fester die Zange geschlossen wird, desto tiefer greift die Führung ineinander, und unverrückbar liegen schließlich die Zangenspitzen zusammen. Ein Abgleiten ist

Verfasser niemals passiert, es erscheint in der Tat unmöglich. Im übrigen gleicht die Zange dem alten Modell, sie ist 25 cm lang. Das Instrument ist durch die hiesige Firma Louis & H. Loewenstein zu beziehen. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Fibrolysin - Idiosynkrasie. Von Dr. Fritz Brandenberg (Winterthur). Nachdem Verfasser bei zirka 200 Fibrolysin-Injektionen in verschiedenen Altersstufen (der jüngste Patient war 10, der älteste 58 Jahre alt) nie unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet hatte, erlebte er einen sehr schweren Fall von Idiosynkrasie dieses Frühjahr. Der Fall betrifft eine Frau Mitte der 50er Jahre. Sie litt an chronisch-rheumatischen Beschwerden im rechten Oberschenkel. Nach erfolgloser Anwendung der verschiedensten Salizylpräparate, intern und extern, nachdem eine mehrwöchentliche Massagekur verbunden mit aktiven und passiven Bewegungen, Schwefel- und Solbäder ohne jeden nachhaltigen Erfolg waren, das Gehen infolge der Schmerzen beinahe zur Unmöglichkeit geworden war und ein Röntgenbild keine Veränderung weder an Knochen noch Gelenk ergab, entschloß Verfasser sich zu einem Versuch mit Fibrolysin. Am 3., 5. und 9. Februar wurden je eine Injektion gemacht. Die Patientin beklagt sich nie über irgendwelche Nebenerscheinungen. Massage, aktive und passive Bewegungen, Salzwickel werden weiter verabfolgt. Am 9. Februar wurde eine leichte trockene Pleuritis konstatiert, welche keine Kontraindikation gegen Fibrolysin war. Da am 10. Februar neben der trockenen Pleuritis eine leichte Broncho-Pneumonie mit Temperatur von 38,3 nachgewiesen wurde, stellte Verfasser die Injektionen bis nach Ablauf der Temperaturerhöhungen ein. Am 15. Februar, zwei Tage nach Ablauf des Fiebers, wurde eine vierte Injektion vormittags 9 Uhr gemacht. Verfasser wurde nachmittags 2 Uhr zu der schwer kranken Patientin gerufen. Das Thermometer zeigte 39,6, Puls 140 bis 146 per Minute. Nach Angabe der Angehörigen soll um 12 Uhr bereits ein Schüttelfrost aufgetreten sein, nach demselben sei starker Schweißausbruch erfolgt. Die Annahme einer frisch eingetretenen Pneumonie konnte durch die Untersuchung der Lungen nicht bestätigt werden, immerhin blieb der Verdacht auf einen zentralen pneumonischen Herd vorerst bestehen. Nach zweitägiger Beobachtung schien die „Erkrankung“ abgelaufen. Am 22. Februar wurde die fünfte Injektion gemacht. Wieder die gleichen Symptome, sowohl in bezug auf das zeitliche Eintreffen, als in bezug auf die Höhe des Fiebers und der Pulsbeschleunigung. Daß es sich um Idiosynkrasie gegen Fibrolysin handelte, ergab die sechste Injektion mit der gleichen Reihenfolge der Symptome: Schüttelfrost, Temperaturen über 39°, Pulsbeschleunigung und Rückgang der Symptome zirka acht Stunden nach der Injektion,

bei vollständigem Ausbleiben nachweisbarer Krankheitsherde. Auf eindringliches Befragen gab nun Patientin an, daß sie schon bei den ersten drei Injektionen immer auf einige Stunden ein Gefühl von Unbehagen bis zu leichtem Brechreiz gehabt habe, darüber aber extra nichts sagte, um nicht für zu empfindlich gehalten zu werden! Die von verschiedenen Autoren aufgeführte Hypothese von Kumulationswirkung fände vielleicht in diesem Fall eine Bestätigung. Die Impfnarben blieben reizlos, an keiner Körperstelle konnte das Aufflackern eines früheren, etwa vergessenen Krankheitsherdes nachgewiesen werden, der Fieber hätte erzeugen können, so bleibt einzig und allein als Erklärung dieses Falles übrig: hochgradige Idiosynkrasie eventuell im Sinne einer Kumulativwirkung.

(Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 38.)

Versuche mit Noviform. Von Dr. L. v. Mayersbach. Im Ambulatoire der chirurgisch-orthopädischen Abteilung der Grazer Kinderklinik hat Verfasser durch einige Monate das Noviform angewendet und hatte Gelegenheit, dieses neue Mittel auf seine Fähigkeiten, sowohl im reinen aseptischen des Operationssaales, als auch im aseptischen Betriebe des Ambulatoriums zu prüfen, und ist zur Ansicht gekommen, daß es sich in jeder Form, besonders in der Kinderpraxis, wohl bewährt hat. Auf frische akzidentelle Wunde nach primärer Naht gebracht, läßt das Noviform die Wunde rasch verkleben, es kommt zu keiner Reizung der Wundränder, und die resultierenden Narben sind blaß und zart. Weit mehr als hier lernt man das Noviform bei der Behandlung von tuberkulösen Fisteln mit all ihren unangenehmen Folgeerscheinungen schätzen. Hier wird die Sekretion vermindert und damit das durch die Eiteransammlung resultierende nässende Ekzem zum Teil vermindert, zum Teil zur Abheilung gebracht. Für Behandlung eigneten sich am besten selbst hergestellte Glyzerinemulsionen. Da, wo bei schwer jauchenden und stark sezernierenden Geschwüren sowie bösartigen Geschwülsten wohl von keinem Mittel eine Heilung erwartet werden kann, leistet das Noviform, in die Wunde gebracht, sowie reichlich zwischen die Gazeschichten gelegt, insofern gute Dienste, als es die Umgebung von dem unangenehmen Geruch gut desodoriert. In einem Falle von Scheidengonorrhoe bei einem kleinen Mädchen leisteten die Noviformstäbchen gute Dienste und ist die Applikationsweise entschieden eine einfache und reine. In den angeführten Fällen hat sich das Noviform als stark austrocknend und sekretionsbeschränkend erwiesen, und war M. mit dem Erfolge ausnahmslos zufrieden. Vergiftungserscheinungen wurden ebenso wie Reizwirkung nie beobachtet. Bei jauchigen Prozessen erwies es sich als wirksames Desodorans. Bei Brandwunden appliziert, ließ eine einfache Deckung mit Noviformgaze die Wunde und

den Schorf zur Abheilung kommen, ähnlich wie unter der *Bardelen-Wismuthbinde*. Bei stark sezernierenden Ekzemen konnte M. sich von den vorzüglichen Eigenschaften des Noviforms augenfällig überzeugen. Die Reaktionslosigkeit der zarten kindlichen Haut gegenüber fiel neben dem Fehlen sonstiger Nebenerscheinungen angenehm auf. Alles in allem ist das Noviform also ein Wundheilmittel von sehr guten Eigenschaften und vielseitiger Verwendungsmöglichkeit.
(Zentralbl. f. Chirurgie 1912 Nr. 25.)

Ueber ein neues Resorbens in der Gynäkologie (Ichthynat „Heyden“). Von Dr. Hans Oppenheim (Aus der Poliklinik der Prof. Dührssen'schen Privatklinik für Frauenkrankheiten in Berlin). Verfasser hat das Ichthynat äußerlich ausschließlich in glyzeriniger Lösung angewandt und fand ein Mischungsverhältnis von 20 : 100 als rationellstes. In dieser Form, also als 20%iges Ichthynatglyzerin, stellt das Mittel eine dem Ichthyolglyzerin im Aussehen sehr ähnliche dunkelbraune Flüssigkeit dar, deren eigentümlicher, an faulende Fische erinnernder Geruch indes nicht so intensiv hervortritt wie beim Ichthyol. Nach Mitteilungen der Firma wird das Ichthynat ebenso wie Ichthyol durch Verarbeitung eines bituminösen Kalkschiefers gewonnen, dessen Fundort — dies im Gegensatz zum Seefelder Ichthyol — am Aachensee in den Tiroler Karwendeln sich befindet. Es ist wie dieses ein Schwefel in mäßigen Mengen enthaltendes Mineralöl und zeigt nach den Untersuchungen von v. Hayek, Schöffel und Blaas keinerlei wesentliche Unterschiede vom Ichthyol, weder in chemischer oder physikalischer Beziehung, noch auch in seinem pharmako-dynamischen Verhalten. Die Krankheitsfälle, in denen Verfasser das Heyden'sche Ichthynat therapeutisch versuchte, entsprachen im allgemeinen denjenigen, deren konservative Behandlung sich bisher auf die Wirkungen des Ichthyols vorzugsweise stützte; es handelte sich demnach hauptsächlich um nichteitrige akute und subakute Entzündungen der Adnexe, um seröse peri- und parametritische Exsudate sowie um verschiedene entzündliche Erkrankungen der uterinen Schleimhaut. Verfasser möchte von vornherein bemerken, daß eitrige Prozesse der inneren Genitalien selbstverständlich ohne weiteres operativen Maßnahmen vorbehalten blieben und daß auch bei infektiös-purulenten Entzündungen des Endometriums, der Vagina, Vulva und Urethra Ichthynat ebenso wenig wie das Ammonium sulfoichthyolicum angebracht erscheint; Verfasser jedenfalls kann trotz einer besonders auf diesen Punkt gerichteten Aufmerksamkeit nicht finden, daß Ichthynat oder Ichthyol allein entzündliche Sekretionen bzw. sezernierende Entzündungen bakteriell-eitrigen Charakters — wenigstens in der Gynäkologie — irgendwie günstig beeinflußt, was doch bei der von anderer Seite

behaupteten „energischen antiparasitären Wirkung“ der Fall sein müßte. Von dieser Tatsache abgesehen, leistet aber Ichthynat bei den verschiedensten entzündlichen Erkrankungen des Genitaltrakts ausgezeichnete Dienste, Dienste, die den Wirkungen des Ichthyols mindestens gleich, in einzelnen Punkten sogar überlegen erscheinen. So ist Verfasser zu wiederholten Malen besonders aufgefallen, wie rasch und intensiv die Schmerzstillung bei Anwendung von mit 20%igem Ichthynatglyzerin getränkten Tampons erfolgt; selbst die heftigen, krampfartig stechenden Schmerzen bei der perakuten Oophoritis erfuhren schon nach zwei- bis dreimaliger Tamponade eine höchst angenehm empfundene Linderung oder gar Stillung. Man muß nur die Vorsicht gebrauchen, die Tampons nicht zu klein, gut durchtränkt und richtig plaziert einzulegen; Verfasser sah die besten Erfolge, wenn er ein- bis zweimal täglich je acht bis zehn Stunden lang den etwa walnußgroßen Tampon (bestehend aus einer von doppelter Lage Mullgaze eingehüllten und mit langem Haltefaden versehenen Wattekugel) hoch im Scheidengewölbe möglichst genau an diejenigen Stellen anlagerte, deren Druckempfindlichkeit scheidenwärts besonders stark ausgeprägt war; man konnte dann sicher sein, daß er dem Hauptherde der Entzündung, auf den sein Imprägnat einwirken sollte, innig benachbart war. Natürlich lasse man — und dies gilt mutatis mutandis auch von allen übrigen Fällen — neben der Tamponbehandlung die bewährten entzündungswidrigen Maßnahmen, wie feuchte Ueberschläge, Jodpinselung, Ruhe und Diätverordnungen etc. nicht außer acht — sie unterstützen die Ichthynatwirkung nicht unwesentlich; auch kann die sachgemäße Einführung der Tampons entschieden nur von ärztlicher Hand geschehen, während das Herausziehen die Patientin selbst mittels des Haltefadens leicht zu besorgen vermag. Verfasser hat es ferner für zweckmäßig befunden, unmittelbar nach der jedesmaligen Tamponentfernung eine warme Scheidenspülung (eventuell mit Salz-Glyzerinzusatz)¹⁾ vornehmen zu lassen; dabei ist zu beobachten, daß nach guter Einführung des Scheidenrohres im Liegen gespült wird. Neben der schmerzstillenden Kraft des Ichthynats spielen seine anderen pharmakologischen Eigenschaften keine geringere Rolle; seine Fähigkeit, resorbierende und entzündungswidrige Wirkungen in hervorragender Weise zu entfalten, sichern ihm gerade ein so weites therapeutisches Anwendungsgebiet. Sein antiphlogistischer Einfluß resultiert wohl hauptsächlich aus seiner ausgeprägten anämisierenden und reduzierenden Kraft; daß es gleichzeitig energisch austrocknend und leicht adstringierend wirkt, dürfte zum Erfolge wesentlich beitragen. — Ver-

¹⁾ D. h. auf einen Irrigator (= 1 l) heissen Wassers eine Handvoll Kochsalz und einen Esslöffel Glyzerin.

fasser möchte übrigens bemerken, daß er selbst bei häufiger und langdauernder Applikation vom Ichthynat nie eine erheblichere Reizung der Haut oder Schleimhaut gesehen habe, wie sie beim Ichthyol bisweilen unangenehmerweise sich bemerkbar macht. Alle drei Komponenten der Ichthynatwirkung, die schmerzstillende, die resorbierende und die entzündungswidrige, erfuhren, wie Verfasser in letzter Zeit durch zahlreiche Versuche feststellen konnte, bei gleichzeitiger innerlicher Darreichung des Präparates eine meist deutliche und nicht unerhebliche Steigerung; diese Beobachtung veranlaßte Verfasser, letzthin regelmäßig mit der äußerlichen Anwendung des Ichthynats seine innerliche zu kombinieren. Er verwandte zu diesem Zwecke die von der Firma Heyden hergestellten Capsulae gelatinosae cum Ichthynat, deren jede 0,15 enthält; er verordnete drei- bis viermal täglich zwei Kapseln, $\frac{1}{2}$ Stunde nach den Mahlzeiten (ohne Zerkauen) zu nehmen. Unerwünschte Nebenwirkungen auf den Magendarmkanal hat Verfasser nie gesehen; freilich gebrauchte er die Vorsicht, bei kranken und schwachen Mägen die innerliche Medikation zu unterlassen. Uebereinstimmend berichteten etwa $\frac{2}{3}$ der so kombiniert behandelten Patientinnen über eine auffallend rasche Linderung ihrer Beschwerden; besonders deutlich schien die Wirkung, wenn Kranke, die zunächst nur mit Ichthynattampons behandelt waren, plötzlich auch die Kapseln nahmen; von diesem Tage an machte die Besserung — objektiv wie subjektiv — oft unzweifelhaft intensivere Fortschritte. Verfasser glaubt daher, die kombinierte Behandlung für geeignete Fälle empfehlen zu dürfen. Ueber die Anwendung von Ichthynat-Suppositorien, wie sie von anderer Seite erprobt wurde, fehlt Verfasser die praktische Erfahrung; theoretisch freilich scheint diese Applikationsform gerade bei Unterleibsentzündungen recht rationell und weiterer Versuche würdig.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 45.)

Ueber die Wirkung unzumessiger Halsbekleidung auf die Gesundheit. Von Walter G. Walford. Jeder Druck auf den Hals ruft besonders unangenehme Zustände hervor. Bei der konischen Gestaltung des Halses kann eine Halsbekleidung, welche in der Gegend des Ringknorpels genügend weit ist, tiefer unten schon einen beträchtlichen Druck ausüben. Durch eine zu enge Bekleidung des Halses wird dessen Entwicklung in empfindlicher Weise beeinträchtigt, was um so schwerer ins Gewicht fällt, als im Halse wichtige Organe und Nervenstämme verlaufen. Im Alter, wo die Nackenmuskulatur atrophisch wird, sind die Gefäße und Nerven dem Druck der Halsbekleidung in stärkerem Maße ausgesetzt. Der Verfasser berichtet über eine Selbstbeobachtung, aus welcher die Schädlichkeit enger Halsbekleidung und die günstige Wirkung der Beseitigung

dieser Schädlichkeit hervorgeht. Durch einen leichten apoplektischen Anfall veranlaßt, ließ der Verfasser seine Halsbekleidung beträchtlich weiter machen, worauf wesentliche Besserung der subjektiven Beschwerden erfolgte, der abnorm hohe Blutdruck abfiel und der Hals an Umfang zunahm. Man beobachtet Verschwinden von gichtischen, rheumatischen und Kopfschmerzen; vorübergehende Gewichtsabnahme wird dadurch bedingt, daß die Schilddrüse nach Beseitigung enger Halsbekleidung zunächst an Volum zunimmt. Als Folge zu enger Halsbekleidung auftretende Anfälle von Aphasie und Vertigo verschwinden nach Beseitigung der ursächlichen Schädlichkeit. Durch den Druck enger Halsbekleidung auf die Vagi werden dyspeptische Beschwerden hervorgerufen; bei jugendlichen Individuen wird durch enge Halsbekleidung die Entwicklung von Phthise begünstigt. Durch Beseitigung enger Halsbekleidung wurde rasche Heilung von Wunden, sowie Rückbildung von Schwellungen der Lymphdrüsen, selbst in solchen Fällen beobachtet, wo sie mit malignen Tumoren zusammenhingen. Bemerkenswert ist das Verschwinden von neuralgischen Schmerzen, sowie von Herzdilatation und Zyanose nach Beseitigung enger Halsbekleidung. Bei Frauen werden mannigfache Störungen im Gefolge der engen Halsbekleidung beobachtet. Es ist im allgemeinen ratsam, die Kragenweite nicht zu rasch, sondern allmählich zu ändern, weil sich bei zu rascher Aenderung unangenehme Zustände einstellen können.

(Brit. med. Journ. 20. April 1912. —
Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Die klinische Bedeutung der Giftigkeit von Scharlachfarbstoffen in Salben hat K a r l S c h e e l e zum Gegenstand einer Untersuchung gemacht. Zu seinen Tierversuchen benutzte er die verschiedenen Präparate, welche ihm von der A.-G. Kalle & Co. in Biebrich und von der A.-G. für Anilinfabrikation zur Verfügung standen. Sowohl das Tierexperiment wie die klinische Anwendung beweisen, daß Scharlachrot in jeder Menge ohne Gefahr als ein Mittel, das Epithelwachstum zu fördern, verwandt werden kann. Amidoazotoluol hat zweifellos eine noch schnellere und stärkere Wirkung. Die Tierversuche des Verfassers haben zwar gezeigt, daß Amidoazotoluol in Mengen, die bei klinischer Anwendung bei weitem nicht erreicht werden, eine geringe Nierenschädigung hervorrufen kann. Aus der Zusammenstellung der klinischen Beobachtungen in der Literatur, sowie aus den eigenen Untersuchungen des Verfassers, welche die Nierenfunktion besonders berücksichtigen, ist jedoch ersichtlich, daß auch das Amidoazotoluol bei seiner Anwendung als achtprozentige Salbe praktisch unschädlich ist und daher als ein Mittel empfohlen werden darf, welches imstande ist, die Epithelisier-

ung gut granulierender Wunden in hervorragender Weise zu beschleunigen.

(Inaug.-Dissert. Berlin 1912. —
Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Ist der Gebrauch der Kalichloricum - Zahnpasten gefährlich? Von Privatdozent Dr. C. B a c h e m (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Bonn). Die in der Ueberschrift gestellte Frage ist dahin zu beantworten, daß nach den bisherigen Erfahrungen und nach dem Ergebnis von B.'s Versuchen die Anwendung des Kalium chloricum in Form einer Zahnpaste die Möglichkeit einer Gesundheitsschädigung ausschließt und praktisch als ungefährlich zu bezeichnen ist.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Bücherschau.

Lehmann's Medizinische Handatanten. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Von L. G r ü n w a l d. 3. Auflage. J. F. Lehmann's Verlag in München. Preis M. 12.—. Dieser Band 4, I. Teil („Lehrbuch“) der Lehmann'schen Atlanten ist eine der besten dieser Sammlung. Es ist jedem Arzte dringend zu raten, dieses Buch sich anzuschaffen, dessen Text so knapp, so klar ist, daß wenige Minuten genügen, um den Leser über ein Kapitel, das er studieren will, zu informieren, und dessen Illustrationen (10 farbige und 220 schwarze) so instruktiv sind, daß sie das Verständnis für das Gelesene aufs beste erleichtern. Der Autor hat diese 3. Auflage nicht nur wesentlich erweitert, sondern vollständig umgearbeitet, so daß das Werk durchaus modern ist, und den neuesten Errungenschaften der Wissenschaft Rechnung trägt.

Gedichte. Von J. C. H e e r. Bei J. G. Cotta. Stuttgart 1913. Der berühmte Schweizer Epiker hat seine Verse gesammelt; sie zeigen das warme Gefühl und den guten Geschmack eines nicht großen, aber sehr echten und guten Poeten, der, im besten Sinne konservativ, Stimmungen und Impressionen zu gestalten strebt. Formal ist H e e r Eklektiker; er schafft in bewußter Anlehnung an die Klassiker, an Gottfried Keller, vielleicht auch an den Münchener Lyrikerkreis um Geibel und Heyse. Schlichte, empfundene Naturbilder, keusche Liebestimmungen sind nur selten — und dann gewiß nicht vorteilhaft — von gedankenlyrischen oder balladesken Versen unterbrochen, für die der milde und einfache Künstler H e e r die Größe

nicht aufzubringen vermag. Reine, bisweilen (Sommernacht, die Tanne) fast volksliedhafte Wirkungen vermag er um so leichter zu erzielen, und ein Dichter des Volkes will dieser Eklektiker — hierin mit Bierbaum vergleichbar — seltsamerweise sein. Er wird es werden.

Elysium. Von R. A. Schröder. Im Insel-Verlage. Leipzig 1912. Ganz anders als der Eklektizismus Heer's ist derjenige dieses viel größeren Dichters zu bewerten, der schon durch die Wahl seiner eigenartigen Stoffe und seiner griechischen und römischen Vorbilder anzeigt, daß er für einen verhältnismäßig kleinen Kreis ästhetisch geschulter Genießer wirken will. Die unter „Elysium“ gesammelten landläufigen Strophen sagen am wenigsten; die in ihnen ausgedrückte Fähigkeit, schöne Empfindungen in gewählter Form wiederzugeben, teilt Schröder mit zu vielen geringeren Talenten im deutschen Dichterwalde. Eine Sonderstellung unter allen Lebenden verschaffen ihm hingegen die Sonette, deren starr-umgrenzte Form er herrlich meistert, und vor allem die „deutschen Oden“, die neben denjenigen Hartleben's mindestens ebenbürtig bestehen können. Ja, der Dichter, der jetzt Homer übersetzt hat, ist ein so vollendeter Beherrscher antiker Maße, daß er selbst mit einem Distichengesange über dem Landbau im Stile Vergil's und Tibull's lebhaft zu interessieren und vielleicht zu erwärmen vermag.

Das Buch Hymen. Von Alfred Richard Meyer. Bei A. R. Meyer. Wilmersdorf 1913. Liebes-, Ehe- und Vaterschaftsgedichte von seltener Innigkeit, Eigenart und Echtheit gibt der hochtalentierten junge Lyriker in diesem Bändchen; Verse, die bis ins kleinste erlebt und in jedem Worte gestaltet sind. Seine Lieder, die eine schon formal fesselnde Befähigung verraten, bilden in ihrer chronologischen Folge einen kleinen Lebensroman, der mit der Geburt des Stammhalters seinen inneren Höhepunkt erreicht. Selten vorher sind Flitterwochenstimmungen mit ähnlich-lässiger Köstlichkeit gezeichnet worden; niemals sind die Gefühle eines jungen, glücklich-unglücklichen Vaters gleich gut zu künstlerischem Ausdrucke gelangt.

Alle drei Lyrikbände empfehle ich angelegentlichst.

Fr. Gr.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer** in **Friedenau - Berlin.**

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 8.

Mai 1913

Originalarbeit.

Aus der Medizinisch-literarischen Zentralstelle in Berlin-Friedenau.

Ueber den derzeitigen Stand unserer Diphtherie- kenntnisse und -Forschungen.

Sammelreferat an der Hand von 200 Publikationen der letzten Jahre.

Von Dr. med. **Bruno Bosse** (Berlin).

(Fortsetzung.)

V. Chronische Diphtherie.

Daß nicht nur die Nasendiphtherie, sondern auch die Larynx- und Rachendiphtherie einen chronischen Verlauf nehmen kann, geht aus Mitteilungen von **Guttmann** und **Massini** hervor. **Guttmann** berichtet von einer 18jährigen Patientin, die an einer bakteriologisch festgestellten Kehlkopfdiphtherie erkrankt war, und wo noch fünf Wochen nach Beginn der Erkrankung Beläge vorhanden waren. Der Verlauf des Leidens war ein ungewöhnlich benigner, fast fieberfreier, aber schleppender. **Massini** beobachtete an der **E. Neißer'schen** Klinik eine Reihe von Fällen chronischer Diphtherie. Nach seinen Erfahrungen zieht sich die Krankheit, deren Beginn oft bis in die Kindheit hinreicht, meist über Jahre hin und zeigt sommerliche Remissionen. Die Symptome sind Trockenheit im Halse, Heiserkeit, Verstopfung der Nase. Bei der Inspektion findet man Rötung und Atrophie der Schleimhaut der oberen Luftwege. Manchmal exazerbiert die Krankheit zu akutem Diphtherieanfall mit Fieber und Belägen. Vielleicht deckt sich dieses mit den Anschauungen von **Kayser**, der meint, daß es sich bei mehrmaligen Erkrankungen an Diphtherie vielleicht um „schlafende Keime“ im Organismus handelt, die durch mechanische oder bio-

logische Ursachen wieder aufgeweckt werden. Die Therapie der chronischen Diphtherie muß nach Massini eine lokale sein, da passive Immunisation mit Antitoxin keinen Erfolg hat.

VI. Schwere Diphtherie und Komplikationen bei Diphtherie.

Zur Kategorie der schweren Diphtherie gehören nach Colley und Egis alle Fälle mit Halsödem, Fälle mit allgemeiner Intoxikation und unaufhaltbar fortschreitendem lokalen Prozeß. Nach beiden Autoren ist die Schwere der Form in der Mehrzahl der Fälle von der Virulenz der Infektion abhängig, zuweilen vielleicht von der Mischinfektion mit anderen Mikroorganismen (Streptokokkus, Proteus). Reiche sah 30 mal bei Diphtherie neben hochgradigen Veränderungen im Pharynx eine schwere hämorrhagische Diathese. Es handelte sich dabei nicht um die relativ häufigen, ominösen, kleinen, subkutanen und die Beine bevorzugenden Blutaustritte terminaler Diphtherie, sondern um einen bereits früh im Verlauf sich zeigenden, von fortschreitender Anämie begleiteten Morbus maculosus, der zu Haut- und Unterhautblutungen, zu schwerer Epistaxis und Hämorrhagien aus Mund, Darm und Scheide führte. Zweimal fand er als Nebenfund durch Loeffler-Bazillus verursachte Gastritis fibrinosa. Ransome und Corner haben bei einem sechsjährigen Knaben, der an Diphtherie erkrankt und zeitig mit großen Serumdosen behandelt war, am 17. Krankheitstage eine Gangrän des rechten Beines beobachtet, die schließlich die Amputation unterhalb des Kniegelenks erforderlich machte. In der gesamten Literatur haben genannte Autoren nur neun gleichartige Fälle finden können. Bluth berichtet über einen Fall (nach ihm der achte in der Literatur) von erythematösem, vesikulösem und mit Fieber einhergehendem Hautausschlag, wie er bei Diphtherie sehr selten vorkommt. Er sowie Pflugbeil sind der Ansicht, daß der Ausschlag als Folge der Bazillen- oder Toxinwirkung anzusehen ist. Einen Fall von Abdominaldiphtherie teilt Everall mit. Im Anschluß an Nasen-, Rachendiphtherie traten Tympanie, Leibschmerzen, Erbrechen und schwere Atmungs- und Kreislaufstörungen ein. Die Temperatur war hoch. Die bedrohlichen Erscheinungen schwanden auf Seruminjektion schnell, während eine 8 cm lange Membran per anum ausgestoßen wurde. Später traten ausgebreitete Lähmungen, Tachykardie und hartnäckige Obstipation auf.

VII. Kreislaufstörungen während und nach Diphtherie.

Bei keiner anderen Infektion, welche das kindliche Alter bevorzugt, stehen Kreislaufstörungen so im Mittelpunkt der Erkrankung,

wie bei der Diphtherie. Die Spätstörungen sollen, nach Ansicht vieler Autoren, durch eine Myocarditis interstitialis hervorgerufen werden, neben der stets auch parenchymatöse Degeneration vorhanden ist. Heubner sieht sie bedingt durch parenchymatöse Degeneration. Eppinger meint, daß es sich um eine Auflösung der Herzmuskelfasern handelt, infolge eines toxischen Oedems des Herzens. Romberg und Päßler glauben, daß das Herz an den Erscheinungen, die im frühen Stadium der Erkrankung auftreten, ganz unbeteiligt sei. Sie sehen die Ursache in einer Vasomotorenlähmung, eine Ansicht, der auch Meyer zuneigt. Hiervon grenzt Romberg die im späteren Verlauf sich entwickelnden Herzstörungen als interstitielle Myocarditis ab.

Nach Bingel's Erfahrungen handelt es sich um eine toxische Erkrankung des Zentralnervensystems, insbesondere des Gehirns. Er sieht den Beweis hierfür in den klinischen Erscheinungen: In dem Erbrechen, das stets auftritt, das ohne deutliche Nausea schon auf den kleinsten Reiz oder auch ohne jeden erfolgt, und in den eigentümlichen Störungen der Psyche. Auch die Art der Kreislaufstörungen, bei denen man am Herzen meist einen negativen Befund erhält, deuten seines Erachtens nach auf eine zerebrale Vergiftung, nämlich des Vasomotorenzentrums in der Medulla oblongata hin. Als weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht betrachtet er auch die Erfolge seiner Therapie, der intralumbalen Injektion von Diphtherieheilserum. Er kommt zu dem Schluß, daß die sogenannte diphtherische Myocarditis ihrer nosologischen Stellung nach besser als „schleichende zerebrale Diphtherievergiftung“ aufzufassen und zu benennen ist.

Nach anderen, neueren Untersuchungen handelt es sich vielleicht um eine Vasomotorenlähmung, die von den Nebennieren her ausgelöst wird. Experimentell ist Herabsetzung des Adrenalingehaltes, im Frühstadium auch Vermehrung festgestellt. Brückner hat elfmal bei der Sektion von an Diphtherie gestorbenen Kindern die Nebennieren untersucht. Sechsmal fand er, daß diese keinen Adrenalingehalt aufwiesen, bei den anderen fünf Fällen betrug derselbe $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$ der normalen Menge. Schmorr hat den Adrenalingehalt der Nebennieren an einer großen Anzahl von an Diphtherie gestorbenen Personen untersucht. Das Resultat war ein ganz verschiedenes, so daß keine Gesetzmäßigkeit festgestellt werden konnte. Er sowohl wie Hannes können der Ansicht, daß der Tod bei Diphtherie in vielen Fällen auf Erschöpfung des chromaffinen Systems zurückzuführen sei, nicht beipflichten. Dagegen meint Goldzieher, daß der bei septischen Erkrankungen eintretende Kollaps in erster Linie als eine durch akute Nebenniereninsuffizienz bedingte Blutdrucksenkung aufzufassen

sei. Er stellt allerdings nicht in Abrede, daß auch im Herzmuskel so schwere Veränderungen vorkommen können, die namentlich, wenn sie das Reizleitungssystem betreffen, auch zu echtem Herztod führen, er glaubt aber, daß im allgemeinen dieser seltener ist, als jener, den er als „Nebennierentod“ bezeichnet. Wahrscheinlich sind auch noch andere Momente bei dem Zustandekommen der Gefäßschwäche beteiligt. So kann man an Schädigung der Gefäßwand durch Toxin denken, die sich klinisch in den ominösen Hautblutungen ausdrückt, anatomisch von Wiesel und Schmorl nachgewiesen ist.

Speck erwähnt die Brachykardie im Verlauf und als Folge von Diphtherie. Die Ursache kann seiner Ansicht nach eine extrakardiale oder intrakardiale sein. Zur Unterscheidung beider Gruppen ist Atropin empfohlen worden. Er beobachtete im Verlaufe einer Diphtherie bei einem dreijährigen Patienten echte Ventrikelbradykardie. Durch wiederholte subkutane Atropininjektionen erzielte er deutliche, aber geringe Wirkung. Er überwies den Fall zur graphischen Untersuchung an Hecht. Dieser sagt, daß bei Diphtherie Bradykardie nichts Ungewöhnliches ist, und daß sie durch Störungen im Reizleitungssystem bedingt sein kann. In der Literatur hat er zwei Fälle von komplettem Herzbloc gefunden, bei denen sich bei der Sektion eine schwere Erkrankung des His'schen Bündels zeigte. In dem ihm von Speck überwiesenen Falle stellte er elektrokardiographisch einen partiellen Herzbloc fest. Durch das His'sche Bündel hängt normaliter der Ventrikel in seiner Aktion vom Vorhof ab, indem er ihm nach einem Intervall von 0,08—0,17 Sekunden, der sogenannten Ueberleitungszeit, die verstreicht, während die Erregung das Uebergangsbündel durchläuft, nachfolgt. Besteht nun eine Schädigung des Leitungsvermögens des Bündels, so wird die Ueberleitung verzögert, ja es kann sogar eine oder die andere Ventrikelsystole ausfallen. Bei vollständiger Durchtrennung des Bündels besteht vollständige Unabhängigkeit von Vorhof- und Kammerrhythmus. Vorhof und Kammer schlagen dann jeder Herzabschnitt für sich rhythmisch. Nach Hecht gestattet die elektrokardiographische Methode, die Registrierung der Aktionsströme des Herzens, das Verhältnis von Vorhof- und Kammersystolen zu charakterisieren und so Störungen der Reizleitung festzustellen. Damit tritt, wie er sagt, durch diese Untersuchung an Stelle der vagen Vorstellung einer toxischen Schädigung des Herzens eine pathologisch-anatomische wohlbegründete Diagnose. Die Diagnose „Herzbloc“ ermöglicht auch eine scharfe therapeutische Indikationsstellung, nämlich die Anwendung von Atropin. Mittel der Digitalisgruppe sind hier kontraindiziert. Roemer hat durch elektrokardiographische und anatomische Untersuchungen die Frage zu entscheiden

gesucht, ob das Diphtheriegift eine spezifische Affinität zum Reizleitungssystem besitzt und ob vielleicht Zerstörungen des letzteren für den Diphtherietod verantwortlich zu machen sind. Auf Grund des Befundes seiner Untersuchungen und des Ergebnisses der Tierversuche kommt er zu der Ansicht, daß keine besondere Verwandtschaft des Diphtherietoxins zum Reizleitungssystem besteht, sondern daß bei der relativen Unabhängigkeit dieses Systems vom übrigen Myokard, dasselbe bei der diphtherischen Herzschiidigung befallen werden kann, aber nicht befallen werden muß. Hecht teilt einen Fall mit, wobei gleichzeitig mit der Ausbildung einer Herzdilatation und anderen schweren Zeichen von Herzschwäche im Gefolge von Diphtherie zunächst atrioventrikuläre Automatie aufgetreten war, die sowohl elektrokardiographisch, als auch durch den positiven Venenpuls sichergestellt ist. Als diese wieder normaler Schlagfolge Platz machte, bestand eine extrasystolische Arrhythmie auf Grund von vorzeitigen Kontraktionen, die meist vom Vorhof, einmal aber auch vom Ventrikel ihren Ausgangspunkt nahmen. Es mußte sich also um eine weitverbreitete Erkrankung gehandelt haben, die zunächst vornehmlich den Tawara'schen Knoten, dann aber auch Teile der Vorhof-Ventrikelmuskulatur betraf. Die Therapie besteht seines Erachtens nach in diesen Fällen wohl am besten in der Anwendung von Präparaten der Digitalisgruppe.

VIII. Nachkrankheiten nach Diphtherie.

Nachkrankheiten als Folge von Diphtherie gehören bekanntlich nicht zu den Seltenheiten. Es kommen hier außer den Kreislaufstörungen hauptsächlich die Nephritis und die postdiphtherischen Lähmungen in Betracht. Kayser beobachtete drei Fälle postdiphtherischer Lähmungen bei Kindern ein und derselben Familie. Da die Kinder aus einer Gastwirtsfamilie stammten und täglich nicht unbeträchtliche Quantitäten Alkohol zu sich nahmen, glaubt er, daß der Alkohol hier als prädisponierendes Moment anzusehen ist. Er erwähnt auch einen von Weil beobachteten Fall, bei dem der Alkohol auch eine gewisse Rolle zu spielen scheint. Mondonesi grenzt von den eigentlichen postdiphtherischen Lähmungen noch eine Spätmyasthenie nach Diphtherie ab, eine Pseudotabes postdiphtherica. Es findet sich dabei Ataxie, Romberg'sches und Westphal'sches Phänomen, Absinken der Reflexe, der elektrischen Reizbarkeit und Sensibilitätsstörungen, außer den gewöhnlichen postdiphtherischen Lähmungen. Roemfeld fand den Lumbalsaft bei postdiphtherischen Lähmungen und Pseudotabes postdiphtherica auffallend reich an Eiweiß, seine Lymphozytose

hielt sich in mäßigen Grenzen. Er läßt es unentschieden, ob diese Veränderungen des Rückenmarkwassers Folgen der Diphtheriesepsis im Beginn der Erkrankung, also toxisch bedingte sind, oder ob sie erst in der Zeit der postdiphtherischen Lähmungen durch aufsteigende Entzündung zustande kommen, doch hält er letzteres für wahrscheinlicher. Er hält es durch diesen Befund für bewiesen, daß nicht nur einfache periphere Nervenentzündungen bestehen, sondern daß es auch zu zentralen anatomischen Veränderungen kommt. Aehnliche Liquorabweichungen als Zeichen anatomischer Veränderung des Zentralorgans sollen auch bei einem Jüngling festgestellt worden sein, bei dem sich im Anschluß an schwere Diphtherie mit postdiphtherischen Lähmungen Schwachsinn entwickelt hatte. Ueber eine akute zerebrale Ataxie im Verlaufe einer Diphtherie berichtet Brückner. Bei einem vierjährigen Kind kam es in der zweiten Krankheitswoche einer nicht schweren Diphtherie zu Störungen der Intelligenz, schwerer motorischer und statischer Ataxie bei Fehlen jeglicher Lähmungen und Sensibilitätsstörungen. Im weiteren Verlauf stellten sich Sprachstörungen und schließlich Blasen- und Mastdarmlähmungen ein. Nach mehreren Monaten genas das Kind vollständig.

Eine selten vorkommende Nachkrankheit infolge Diphtherie beobachtete Nielsen, nämlich eine postdiphtherische Speiseröhrenverengung. Der Oesophagus besitzt gegen Diphtherie einen hohen Grad von Immunität. Fast immer auch bei den schwersten Erkrankungen bleibt die Speiseröhre frei, ja es kommt sogar vor, daß der Prozeß mit Uberspringen des Oesophagus die Magenschleimhaut befällt. In den seltensten Fällen geht der Prozeß auch auf den Oesophagus über, ruft hier Entzündungen hervor und heilt unter Hinterlassung einer narbigen Stenose. Differentialdiagnostisch gegen postdiphtherische Oesophagusstenose kommen postdiphtherische Lähmungen in Betracht. Doch wird in jedem Falle die Sondierung und vor allem die Oesophagoskopie die Diagnose gänzlich klar stellen.

Colombino konnte in einem Falle, bei dem nach schwerer Diphtherie in der Rekonvaleszenz Lähmungen aufgetreten waren, typische Bronchiolitis obliterans nachweisen. Ob diese Erkrankung auf direkte Schädigung der Bronchialwand durch die Diphtherietoxine zurückzuführen ist, oder sich im Anschluß an die, infolge der Schlucklähmung entstandene, Bronchitis entwickelt hat, läßt er unentschieden. Außerdem fand er hierbei auch Veränderungen am Gefäßsystem. Lange beobachtete bei einem zwölfjährigen Mädchen einen linksseitigen Orbitalabszeß infolge Durchbruchs eines akuten Stirnhöhlen- und Siebbeinempyems nach schwerer Rachen- und Nasen-

diphtherie. Daß Diphtheriebazillen eine echte Sepsis mit allen ihren Folgezuständen zu erzeugen vermögen, beweist Hesse an der Hand eines von ihm beobachteten tödlich verlaufenen Falles.

IX. Differentialdiagnose.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bietet mitunter die Vincent'sche Angina gegenüber der Diphtherie. Bei beiden finden sich Beläge, Anschwellung der Halsdrüsen, bei beiden fast stets starker Foetor ex ore. Subjektive Beschwerden sind bei beiden meist gering. Die Temperatursteigerung ist bei der Vincent'schen Angina meist minimal. Blüh d o r n beobachtete nur bei zwei von sieben Fällen Temperaturen über 38°—39°. Doch auch bei Diphtherie, sogar oft bei den schweren Formen, kommen nur geringe Temperatursteigerungen vor. Die Beläge sind bei der Angina fast immer sehr stark und bleiben oft tagelang unverändert, im Gegensatz zur Diphtherie. Bei letzterer sehen die Beläge auch mehr grauweißlich-grünlich aus, während sie bei der Vincent'schen Angina mehr ein gelbliches Aussehen haben. Die Differentialdiagnose kann man aber nur auf Grund bakteriologischer und kultureller Untersuchungen mit Sicherheit stellen.

Ebenso schwierig, mitunter unmöglich ist es, bei der Diphtherie in ihren bösartigen Formen und der phlegmonösen Angina mit einem Male die Differentialdiagnose zu stellen, da beide Krankheiten in einem gewissen Stadium des Verlaufes täuschend große Aehnlichkeiten bieten. Oft ist die Anschwellung bei Diphtherie im Schlund so hoch, daß man einen Abszeß darunter vermuten kann, und daß sie, wie Hellström sagt, geradezu zur Inzision besonders einzuladen scheint. Nach Hellström ist aber ein solcher Eingriff bei Diphtherie nicht nur kontraindiziert, sondern auch für den Patienten besonders gefährlich, da durch die Inzision ganz offenbar neue Flächen für die Ausbreitung der Diphtheriebeläge und für die Resorption der Toxine geöffnet sind. Ein Unterschied der Diphtherie gegenüber der Angina besteht in dem plötzlichen Auftreten ersterer. Außerdem ist die phlegmonöse Angina im Kindesalter sehr selten. Die sichere Differentialdiagnose wird auch hier erst durch die bakteriologische Untersuchung erbracht, doch ist hinzuzufügen, daß diese auch bei Diphtherie das erste Mal negativ ausfallen kann. Hellström weist auf ein Verfahren hin, durch das man nach seiner Meinung hoffen kann, Irreführungen der bakteriologischen Untersuchung bei Diphtherie zu vermeiden. Die Proben müssen den Tonsillen und den dortigen Belägen, oder wenn wirkliche Membranen vorhanden sind, den dünnsten Partien derselben entnommen werden. Am leichtesten geschieht dies dadurch, daß man den Platindraht durch die Membran hindurch oder unter diese hin-

untersticht und mit dem Entnommenen das betreffende Substrat besät. Auch muß man darauf achten, möglichst wenig Schlund- und Mundsekret mitzunehmen.

Ein Phänomen, dem nach Rolleston ein gewisser differentialdiagnostischer Wert bei Diphtherie zukommt, ist der Babinski-Reflex. Rolleston fand ihn unter 877 Diphtheriefällen 172 mal, also bei 19,6%, und zwar vorwiegend im akuten Stadium der Erkrankung und bei schweren Formen derselben. Er sagt, daß der Babinski-Reflex zwar auch bei anderen Infektionskrankheiten, z. B. bei Typhus, Pneumonie und Scharlach vorkommt, aber nicht so häufig wie bei Diphtherie. Seines Erachtens nach wird der pathologische Reflex wahrscheinlich durch vorübergehende Störungen der Pyramidenbahnen hervorgerufen, verursacht durch die zirkulierenden Toxine.

X. Serumtherapie.

Seit der Entdeckung des Diphtherieheilserums durch Behring und seine Mitarbeiter Wernicke und Kitasato ist die Behandlung der Diphtherie immer mehr und mehr vervollkommenet. Der Wert der Serumtherapie, der anfangs viele skeptisch gegenüberstanden, ist jetzt auf Grund der vorzüglichen damit erzielten Resultate allgemein anerkannt. Nur wenige Autoren (Rumpel, Grisson) sind es heute, die noch von dem Serum nichts wissen wollen, und die die besseren therapeutischen Resultate nicht auf Konto des Serums setzen, sondern die Abschwächung des Epidemiecharakters für die Ursache halten. Nach Ansicht von Rolly ist bis jetzt noch nicht zu entscheiden, wie groß die Heilwirkung des Diphtherieserums ist, auch nicht, wieviel den darin enthaltenen Antitoxinen und wieviel dem heterologischen Serum allein zukommt. Um dieses zu entscheiden, müßte seines Erachtens bei einer Epidemie ein Drittel der Patienten mit Diphtherieserum, ein weiteres Drittel mit normalem Pferdeserum und der Rest ohne Seruminjektion behandelt werden. Im Jahre 1909 begann man nun auch die bestehenden Behandlungsregeln der Serumtherapie — es wurden bis dahin in Deutschland allgemein kleine Dosen subkutan gegeben — zu modifizieren, und damit die Wirkungsmöglichkeit derselben zu erweitern. Amerika, England und Frankreich haben schon früher hohe Serumdosen angewandt, während man sich in Deutschland erst in der neueren Zeit zur Anwendung höherer und höchster Dosen entschloß. Vornehmlich die Versuche von Meyer und Doenitz waren es, die diesen Umschwung in der Anwendung der Serumtherapie herbeiführten. Es ergab sich, daß hohe Dosen es ermöglichen, den Tod und Myocarditis zu vermeiden, Blutdrucksenkungen gar nicht erst auftreten zu lassen und

die typische Diphtherie - Kachexie zum Schwinden zu bringen. Heute ist die größte Zahl der Autoren für hohe Dosen, entweder in Form einer einmaligen Injektion einer großen Dosis, oder in wiederholten Injektionen der ursprünglichen Dosis. Während aber manche unter ihnen, besonders Meyer, vorschlagen, gleich in jedem Falle große Dosen zu geben, da man ja die Schwere des Falles nicht kennen kann, rät Ritter, bei schweren Fällen zunächst 4000 I.-E. zu injizieren, und erst später, wenn keine sichtbare Besserung erfolgt, eine Reinjektion zu machen. Nachteile haben die meisten Autoren bei der Anwendung hoher Dosen nicht gesehen, und wenn einzelne auch über lästige Nebenerscheinungen bei dieser Art der Serumbehandlung berichten, so will dieses noch nichts gegen die zahlreich beobachteten Vorteile sagen. Unbedingte Anhänger dieser Art der Serumtherapie sind auf Grund ihrer großen klinischen Erfahrungen Heubner, Eckert, Morgenroth, Fette, F. Meyer, Reiche, Berlin, Egis, Knauth, Umber, Wickmann, Baginski, Feer, Brelet u. a. Salge dagegen empfiehlt die Anwendung von 1000—3000 I.-E. Ebenso sind Much, Retzlaff und Hoesch für kleine Dosen. Letzterer gibt bei sogenannten leichteren Formen 1000—2000 I.-E., bei mittelschweren und schwersten Formen 3000—4000 I.-E., und er glaubt auf Grund seiner Erfahrungen, daß, wenn 4000 I.-E. den Krankheitsprozeß nicht zu beeinflussen imstande sind, es dann auch höhere Dosen nicht vermögen.

Méry dagegen macht den Vorschlag, in der Rekonvaleszenz schwerer Fälle ein- bis zweimal tüchtige Dosen zu spritzen.¹⁾

Auch die Art der Ausführung der Injektion hat in neuerer Zeit eine Aenderung erfahren. Während früher die Injektion nur subkutan gemacht wurde, wird sie jetzt auch intramuskulär und intravenös ausgeführt, ja letztere Arten der Injektion werden sogar und mit Recht bevorzugt. Auch hier war es das Ausland, das in der Einführung dieser Methoden der Injektion Deutschland voranging. Italienische und dann französische Kliniker führten zuerst die intravenöse Injektion von Diphtherieheilserum aus. Berichte über die Anwendung der intravenösen Injektion bei Diphtherie in größerem Maßstabe liegen zuerst aus England vor. Die dort beobachteten Resultate lauten im ganzen durchaus günstig, wenn auch Bisson wiederholt dabei unangenehme Nebenwirkung (Kollaps, Schüttelfrost) gesehen hat. Bei uns wurde die intravenöse und

¹⁾ Referent selbst ist bei einer mäßig großen poliklinischen Klientel in den letzten 5 Jahren, die fast ausschließlich frische Fälle aufwies, stets mit 1500 I.-E. in einmaliger Injektion ausgekommen. Nur einen Herztod bei einem scheinbar geheilten Falle und zwei leichte Nervenlähmungen hatte er zu beklagen.

intramuskuläre Injektion von Diphtherieheilserum hauptsächlich auf Anregung von Morgenroth, Meyer und Berg-haus eingeführt. Morgenroth wies nach, daß die Bindung von Toxin und Antitoxin bis zur völligen Neutralisation etwa 24 Stunden bedarf, daß somit das Toxin auch noch nach der Injektion von Antitoxin an die giftempfindlichen Zellen des Körpers eine Zeit lang herantreten kann. Ferner ist auch durch Versuche festgestellt, daß das Toxin eine gewisse Zeit frei in der Körperflüssigkeit kreist, ehe es zu einer Bindung desselben mit den dafür empfindlichen Zellelementen kommt. Es ist daher von Wichtigkeit, daß während dieser Zeit, das heißt möglichst frühzeitig, das Antitoxin zur Wirkung kommt. Es ist nun festgestellt, so z. B. von Morgenroth, daß bei der intravenösen und intramuskulären Applikation des Antitoxins die Resorption desselben um ein ganz bedeutendes rascher erfolgt, als bei der subkutanen Injektion. Morgenroth fand bei intramuskulärer Injektion nach vier bis fünf Stunden das fünf- bis zwanzigfache der auf subkutanem Wege resorbierten Antitoxinmenge im Blute, nach sieben bis acht Stunden das drei- bis zehnfache und selbst noch nach 24 Stunden das ein- bis fünffache.

Nach Versuchen von Lewin erzeugt die intravenöse Injektion von Diphtherieheilserum eine 500 mal größere Heilwirkung, als die subkutane Injektion. Die subkutane Injektion ist daher bei Diphtherie, wo es sich darum handelt, rasch große Mengen von Schutzstoffen in den Blutkreislauf einzuführen, zugunsten der beiden wirksameren Methoden bes. der intravenösen zu unterlassen. Wo es nicht gelingt, langdauernde Schutzwirkung zu erzielen, wird es sich nach den Untersuchungen von Lewin empfehlen, während der kritischen Zeit wiederholt kleine Dosen intramuskulär zu geben.

Die Resultate, die bei Anwendung dieser beiden Methoden in letzter Zeit beobachtet sind, lauten fast einstimmig günstig. So berichten Fette, Eckert, Berlin, Reiche, Meyer u. a. über günstige Erfolge bei intravenöser Anwendung des Heilserums. Alle Autoren stimmen für eine möglichst frühzeitige Injektion. Es ist der Einwand erhoben worden, daß bei intravenöser Injektion des gebräuchlichen Diphtherieheilserums das Karbol, das ihm zu konservierenden Zwecken zugesetzt ist, schädliche Nebenwirkungen erzeugen könnte. Eckert betont aber, daß man das gewöhnliche karbolisierte Serum ruhig intravenös geben kann, wenn man sich an die durch den Karbolgehalt gegebene Maximaldosis von 18 ccm = 9000 I.-E. des 500fachen Serums hält, die täglich nicht öfter als zweimal gegeben werden darf. Er hat an der Heubnerschen Klinik bei dieser Anwendung des Serums niemals irgendwelchen Schaden gesehen. Im Gegenteil war die Serumkrankheit eher gerin-

ger, als bei der subkutanen Methode, obgleich sie allmählich bis zu Gesamtdosen von 53,000 I.-E. vorgegangen sind. Für die Praxis empfiehlt er mehr die intramuskuläre Methode, da bei der intravenösen Anwendung geschulte Assistenz nötig ist. Intramuskulär kann man nach ihm selbst bei Säuglingen 4—5000 I.-E. geben, sie sind bis zu Gesamtdosen von 64,000 I.-E. vorgegangen. Auch bei Reinjektion in der zweiten und dritten Woche haben sie mit günstigem Erfolge hohe Dosen intravenös und intramuskulär angewendet. Hoesch hat die intravenöse Injektion vollständig aufgegeben, die intramuskuläre zieht er aber der subkutanen vor. Braun verlangt, wenn die Diagnose Diphtherie gesichert ist, unverzüglich die prophylaktische Immunisierung der Geschwister, eventuell auch der Mutter und sonstiger durch die Erkrankten gefährdeter Personen (Schul- und Spielkameraden, Dienstboten etc.). Weiter will er, daß die nicht erkrankten Familienmitglieder mindestens bis nach erfolgter Desinfektion der Wohnung und Kleider aus dem öffentlichen Verkehr auszuschließen sind. Bazillenträger, besonders bazillentragende Genesende, sind eventuell länger als bisher in den Krankenhäusern, oder besser in billigen Erholungsstätten zu isolieren.
(Schluß folgt.)

Journal-Auszüge.

Appendicitis.

Ueber Schulterschmerz bei Appendizitis. Von Lochmann (Straßwalchen). Verfasser schreibt: „Es war im vorigen Jahre, als ich zu einem 14jährigen Mädchen gerufen wurde, welches anscheinend schwerkrank im Bette lag. Angabe: Beim Austragen eines Wasserkessels Auftreten eines stechenden Schmerzes in der rechten Bauchseite. Nach kurzdauernder Arbeitsunterbrechung ließ der Schmerz nach, und Patientin konnte die Arbeit wieder aufnehmen. Nach etwa zwei Stunden mehrmaliges Erbrechen und neuerliches Auftreten des Schmerzes. Patientin erinnert sich nicht, daß diesem Anfälle schon früher nennenswerte Bauchschmerzen vorausgegangen seien; nur war sie häufig verstopft. — Ileoökalgend bei Berührung empfindlich; deutlicher „Andruckschmerz“ nicht vorhanden; mehr ist die rechte Lumbalgend druckempfindlich; hier auch relative Dämpfung. Bauchdeckenspannung ist recht mäßig vorhanden. Viel mehr als über die Schmerzen im Bauche klagte Patientin über außerordentlich heftigen, spontanen Schmerz in der rechten Schulter. Temperatur 38,2, Puls 100. — Obwohl der Anfall nicht stürmisch begann,

schlug ich die Operation vor. Die innerhalb vier Stunden im Landes-spital durchgeführte Appendizitisoperation zeigte ein Empyem des Proc. vermif. mit retroperitonealer Perforation desselben. Die Patientin ist geheilt. — Ein zweiter Fall folgte vor fünf Monaten. Ein etwa 24jähriger Mann (Lehrer) bot das Bild des stürmisch verlaufenen Appendizitisanfalles. Temperatur 39,5, Puls 125—130, heftiges Erbrechen, starke allgemeine Bauchdeckenspannung, Facies decomposita. In diesem Falle waren im Verlaufe der letzten Jahre mehrere „Kolikanfälle“ vorangegangen. Wieder klagte Patient über starken Schmerz in der rechten Schulter, welcher aber durch die Bauchschmerzen und die allgemeine Hinfälligkeit mehr in den Hintergrund gedrängt wurden. Die Operation zeigte eine gangränöse Appendix und eine Perforation desselben leider nach vorn bei ungenügenden Verwachsungen. Welche praktische Bedeutung hat für mich von nun an der Schmerz in der rechten Schulter bei Appendizitisfällen, wenn sich keine andere Ursache dafür finden läßt? In letzterem Falle war wohl ein Zweifel an der Indikation zur sofortigen Operation als ultimum refugium ausgeschlossen; aber vielleicht hätte ich mich im ersten Falle (bei der bekannten Abneigung der Landbevölkerung gegen das Operieren) abhalten lassen, auf die möglichst baldige Operation zu bestehen, wenn mir nicht damals der Schmerz in der Schulter, welcher mir in keinem der Appendizitisfälle bisher vorgekommen war, eine dunkle, aber unheimliche Ahnung hätte aufsteigen lassen. Was bedeutet nun dieser heftige Schmerz in der rechten Schulter bei manchen Appendizitisfällen? Ist er ein Zeichen der Perforation und der Eiteraussaat? Aus diesen beiden Fällen will ich keine Schlüsse ziehen. Nur soviel möchte ich zu dieser Frage anführen. Prof. R. Schmidt sagt in seinem Werke „Die Schmerzphänomene bei inneren Krankheiten“, Aufl. 1910, daß ein abdominell hervorgerufener Schulterschmerz von Entzündungsprozessen in der Leber, dem Magen, der Milz oder deren Umgebung ausgelöst wird. Der Nervus phrenicus spielt den Vermittler der Schmerzempfindung. Daraus scheint hervorzugehen, daß die Ausbreitung der Entzündung von der Appendix auf den Bauchfellüberzug der Leber diesen heftigen Schulterschmerz verursacht.“

(Therapie der Gegenwart, November 1912.)

Beim Studium von 15 Fällen von **Schwangerschaft mit Appendizitis** kommt Palmer Findley (Omaha) zum Schluß, daß Schwangerschaft wahrscheinlich selten einen ersten Anfall von Appendizitis auslöst, wohl aber Wiederholungen des vor der Gravidität aufgetretenen ersten Anfalls. Von Frauen, welche früher eine Appendizitis durchgemacht haben, leiden 50 bis 60% während der Schwangerschaft an mehr oder weniger ausgesprochenen appendizitischen

Beschwerden. Da Appendizitis während Gravidität und Puerperium große Tendenz zur Destruktion zeigt, so sollte auch eingegriffen werden. Je früher nach Beginn der Attacke und je früher im Verlauf der Schwangerschaft operiert wird, um so besser sind die Resultate. Der Autor hat in keinem seiner Fälle von Appendektomie die Unterbrechung der Schwangerschaft erlebt.

(Journ. of Am. ass. 1912 Bd. 59, Nr. 8, S. 612. —
Mediz. Klinik 1912 Nr. 51.)

Augenentzündungen.

Ueber Jodostarin „Roche“. Von St.-A. Dr. Beck in München. Verfasser hat das Mittel bei einer Reihe von Augenerkrankungen, wo man Jod erfahrungsgemäß mit Vorteil anwendet, gegeben, und hat seine Versuche hauptsächlich darauf gerichtet, wie Jodostarin vertragen wird, und ob es sich namentlich für längere Zeit in Tagesdosen von 1—3 g ohne Nachteile geben läßt. Es hat sich nun bei 15 damit behandelten Fällen — sieben Erkrankungen der Netz- und Aderhaut, fünf des Glaskörpers, zwei der Hornhaut, eine schwere Verletzung — folgendes ergeben: Das Mittel wurde von allen Behandelten gerne genommen, über direkt unangenehmen Geschmack wurde nie geklagt, einige Patienten geben an, es schmecke etwas nach Jod. In einem Falle traten am Tage nach der erstmaligen Darreichung von zehn Tabletten einseitige Kopfschmerzen auf, die jedoch trotz sofortigem Aussetzen des Mittels noch lange anhielten und so wohl nicht auf die Joddarreichung zurückzuführen sind. Verfasser hatte stets auf etwaige Störungen geachtet, alle Behandelten befanden sich unter ständiger Kontrolle, es sind jedoch in keinem der Fälle solche eingetreten. Was die Dosis betrifft, so gab Verfasser täglich meist acht bis zehn Tabletten, bei akuten Fällen bis zu 15 Tabletten im Anfang. Bei längerer Darreichung wurde öfter zwei bis drei Tage pausiert. In einem Falle hatte Verfasser in fast sieben Wochen 253 Tabletten gegeben (Hornhautentzündung), bei den Erkrankungen des Glaskörpers meist bis zu 200 Tabletten (in drei Wochen), bei Erkrankungen der Netz- und Aderhaut hatte er in drei bis vier Wochen meist 200—300 Tabletten verabreicht. Bachem spricht in seiner Arbeit die Ansicht aus, daß man bei Verordnung von Jodostarin, da es längere Zeit im Körper verweile, mit geringeren Dosen auskommen könne, und daß man das Mittel nicht täglich zu geben brauche. Verfasser glaubt nun, daß 10—15 Tabletten, im Anfang einer Erkrankung täglich gegeben, genügen, bei längerer Darreichung, namentlich bei Nachbehandlung von Augenkrankheiten, hält er acht bis sechs für ausreichend, wobei öfter eine Pause eingeschaltet werden darf. Was nun die Wirkung anlangt, so ist bei der Beurteilung dieser Fälle, bei denen stets noch andere Mittel neben Jod angewandt wur-

den, ein günstiger Heilungserfolg nie auf Rechnung eines einzelnen Mittels zu setzen. Es kann aber das eine gesagt werden, daß im Vergleich mit ähnlichen Fällen, wo Jodkalium in annähernd gleichen Dosen angewandt wurde, eine schlechtere Wirkung des Jodstarins gegenüber dem Jodkalium nicht ersichtlich war. Kurz zusammengefaßt, lassen die bequeme Verabreichung, der Wegfall des schlechten Geschmacks und das Ausbleiben unangenehmer Nebenwirkungen das Mittel als wertvolle Bereicherung der Therapie erscheinen. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Ueber metastatische Ophthalmie nach Zahnextraktion. Von Fanny Jampolsky (Aus der II. Universitätsaugenklinik in Wien). Am 6. März 1911 wurde einer Patientin ein rechter unterer Backenzahn, der sehr kariös war, in drei Partien entfernt. Eine Schwellung des Kiefers oder eine Eiterung bestand nach Aussage des Arztes nicht. Zwei Tage nach der Extraktion soll die Patientin Fieber bekommen und erbrochen haben. Das Fieber dauerte zwei Tage. Am fünften Tage nach der Extraktion habe sich das rechte Auge verschleiert und der Augenstern sei gelb-grau geworden. Als das Mädchen am sechsten Tag nach der Zahnextraktion sich dem Arzt vorstellte, fand er einen Herpes febrilis labialis und eine Angina catarrhalis, im rechten Auge ein Hypopion. An der Zahnwunde war kein entzündlicher Prozeß zu bemerken, es bestand weder eine Schwellung der Backen noch eine Eiterung der Zahnwunde. Tags darauf wurde sie in das Augenspital in Wr.-Neustadt aufgenommen, woselbst der Arzt folgenden Befund erhob: Das rechte Auge mäßig ziliar injiziert, Hornhaut klar, in der Vorderkammer ein 4 mm hohes Hypopion, Pupille vielfach adhärent, Iris sehr gequollen, mißfärbig, auf Atropin erweitert sich die Pupille, worauf ein grau-gelber Schein zu erhalten war. Unsichere Lichtempfindung.

Die Behandlung bestand in Schwitzen, Atropin und Applikation feuchtwarmer Umschläge. Das Auge wurde allmählich etwas kleiner.

Als die elfjährige Patientin zwei Monate nach der Zahnextraktion sich auf der Klinik Fuchs vorstellte, wurde folgender Befund erhoben: Rechtes Auge etwas verkleinert, ziliar injiziert, Hornhaut normal, Vorderkammer seicht, Iris etwas verfärbt, Pupille mittelweit, innen-unten eine schmale hintere Synechie, Linse durchsichtig. In der Tiefe ein grauer Reflex, der sich in der unteren Bulbushälfte in einen intensiv-weißen verwandelt. Tension — 1. Mit dem Augenspiegel bekommt man eine Spur roten Lichtes, ohne Details erkennen zu lassen. Unsichere Handbewegung.

Erkrankungen der Augen von den Zähnen ausgehend, kommen meistens in der Weise zustande, daß eitrige Prozesse von dem erkrankten Zahn nach der Augenhöhle, gewöhnlich auf dem

Wege der Thrombophlebitis, sich fortsetzen. Bei der dadurch zustande kommenden Orbitalphlegmone kann auch das Augeninnere erkranken und durch eine Panophthalmitis das Auge zugrunde gehen. In diesem Falle kann die Eiterung im Augeninnern nicht als eine vom Zahn derart fortgeleitete erklärt werden, da sowohl an der Alveolarwunde als auch auf dem ganzen Wege zur Augenhöhle keine entzündliche Erkrankung vorlag. Wir müssen sie vielmehr als eine metastatische Endophthalmitis bezeichnen. Eine solche Erkrankung des Auges nach Zahnextraktionen scheint zu den größten Seltenheiten zu gehören, da in der Literatur nur ein Fall dieser Art bezeichnet ist.

Es berichtet D i m m e r in der Wiener medizinischen Wochenschrift 1883 über folgenden Fall von metastatischer Ophthalmie: Einem 13jährigen Knaben war wegen Karies der erstere untere linke Mahlzahn entfernt worden. Die Entfernung war etwas erschwert, und danach stellten sich neben starker schmerzhafter Schwellung des Zahnfleisches in der Umgebung Schwellung der linken Wange, Halsschmerzen und Beschwerden beim Schlingen ein. Während die Geschwulst und die Schmerzen nach fünf Tagen etwas nachließen, traten 14 Tage post extractionem Schüttelfröste auf, welche sich mehrere Male des Tages wiederholten. Gleichzeitig bemerkte der Knabe, daß er mit dem rechten Auge alles wie durch einen Schleier sah, dazu trat am nächsten Tage Rötung und Schwellung der Augenlider hinzu, das Sehvermögen erlosch, und das Auge war aus der Lichtspalte hervorgeedrängt. Die Protrusion des Bulbus ging zurück, nachdem die Sklera und Chorioidea durch Eiterung aus dem Bulbusinnern durchbrochen waren. In diesem Zustande sah D i m m e r den Patienten. Der Prozeß endigte mit Phthisis bulbi. D i m m e r erachtet die Veranlagung zur Pyämie in der durch Zahnextraktion gesetzten Verletzung gegeben. (Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Die Augenbadewanne. Von San.-Rat Dr. Wolffberg-Breslau. „Durch Dr. Hesse-Pirna wurde die Aufmerksamkeit der Augenärzte wieder einmal auf die mit Unrecht in Vergessenheit geratene Augenbadewanne gelenkt. In dieser Wochenschrift (XIII, Nr. 17, p. 137) rühmt Hesse die therapeutischen Erfolge, welche er durch Baden der Augen mit einer Lösung von künstlichem Emser Salz und Borax bei einer großen Zahl von leichteren und schwereren äußeren Augenkrankheiten erreicht. Er legt nicht nur auf die Art der Applikation mittels Augenbadewanne großen Wert, sondern auch ganz besonders auf die Zusammensetzung seiner zur Lösung in abgekochtem Wasser bestimmten Tabletten. Nachdem ich der Anregung Hesse's folgend, nun länger als 2½ Jahre Erfahrungen mit der Anwendung der Augenbadewanne und den verschiedensten

Augenwässern gesammelt, bin ich in der Lage, die Indikationen für diese neue und doch so uralte Therapie zu erweitern und etwas genauer zu präzisieren.

Was die Form der Wanne betrifft, so ist unbedingt die von Hesse ausgewählte die beste, man kann wohl sagen, einzig richtige, sowohl der Form als dem Material (Glas) nach. Mir sind die verschiedenartigsten Modelle zu Gesicht gekommen, solche aus Holz, Porzellan und Glas; auch sogenannte Verbesserungen der Form, nämlich wulstartige Umbiegungen der Ränder, so daß ein der Lidspalte entsprechender Schlitz die Oeffnung des Wännchens vorstellt. Derartige Curiosa sind abzuweisen. Die Oeffnung des Wännchens muß elliptisch sein, und zwar entsprechend der Orbitalöffnung zirka 4 cm im großen, $3\frac{1}{2}$ cm im kleineren Durchmesser haben, die Ränder selbst müssen zirka 4 mm dick und natürlich absolut glatt und eben sein. Beim Ansetzen auf das geschlossene Auge sind die Wännchen der anatomischen Richtung der Orbitalöffnung entsprechend, da sie überall möglichst dem Knochenrande anliegen sollen, etwas schräg, das äußere Ende unter der Horizontalen aufzusetzen. Bei dieser Art des Ansetzens vermeidet man das Auslaufen der Badeflüssigkeit und bereitet dem Lidschlage kein erhebliches Hindernis. Die Sicherheit des Ansetzens ist um so größer, je genauer der Wannenrand dem Orbitalrande aufsitzt. Natürlich hat man zu individualisieren und bei größerer Orbitalöffnung mäßigeren Druck anzuwenden. Nur in einem Falle, den ich gleich vorweg nehmen will, hat man das Wännchen so zu dirigieren, daß es möglichst nicht dem Orbitalrand aufsitzt; dieser Fall ist aber ein ganz außergewöhnlicher und die hier zum ersten Male aufgestellte Indikation bedarf der Nachprüfung. Es handelt sich um die Ausnützung des mechanischen Effekts des leeren Wännchens bei Entropium paralyticum und spasticum. Ein leichtes Andrücken in geschickt ausgesuchter Lage beseitigt oft zwar nur für Momente das Entropium, bisweilen und besonders nach häufigerer Anwendung aber für längere Zeit; jedenfalls ist diese Art der mechanischen Behandlung bei Kindern und Greisen eine wesentliche Unterstützung jeder anderen nichtoperativen Therapie. Aus meiner reichen Kasuistik will ich nur eines Falles Erwähnung tun; es handelte sich um einen seit Jahren erblindeten und an den Lehnstuhl gefesselten Tabiker. Die Augen waren nicht nur amaurotisch, sondern die Cornea absolut empfindungslos, dabei bestand auf beiden Augen hochgradiges Entropium. Durch Ansetzen der Hesse'schen Wanne, mit welcher der Blinde sehr bald umgehen lernte, gelang es, das Entropium sofort, und zwar für längere Zeit, zu beseitigen. So wurde die Gefahr der Hornhautexulzeration bedeutend verringert. Bevor ich nun auf die eigentlich therapeutischen Vorzüge der Augenwanne eingehe, möchte ich ihre hygienische Bedeutung erwähnen.

Im allgemeinen dürfte die übliche Gesichtswaschung, wie sie aus Reinlichkeitsgründen geübt wird, auch für die Augen ausreichen. Etwas anderes ist es aber, wenn es sich um Individuen handelt, welche in besonders hohem Grade und fortdauernd äußeren Schädlichkeiten ausgesetzt sind. Hesse (l. c.) zählt dieselben treffend auf als „Landwirte, Militärs, Reisende, Heizer, Kohlenarbeiter, Steinbrucharbeiter, Arbeiter der Holzindustrie, Weberei, Spinnerei, Gastwirte, Kellner, Hausfrauen in der Küche“. Staub jeder Art setzt sich an und in den Augen der Genannten fest, und die Anwendung der Augenwanne ist hier aus rein hygienischen Gründen dringend zu empfehlen. Das Eintauchen des Gesichts in Wasser kann das Wannenbad nicht ersetzen; das Oeffnen der Augen bei eingetauchtem Gesicht ist entschieden minderwertig. Persönlich empfinde ich das Eindringen des Wassers in letzterem Falle wie eine schneidende Schärfe, dagegen das Augenwannenbad mit bestimmten, weiter unten angegebenen Augenwässern als große Annehmlichkeit. Außerdem ist es nicht jedermanns Sache, mehrmals des Tages das Gesicht in eine Waschschale zu stecken, während man das Augenwännchen jederzeit bei der Hand haben und ohne große Störung in Gebrauch nehmen kann. Den Uebergang vom Hygienischen zum Therapeutischen bilden die zahlreichen Fälle leichter Blepharitiden, die sich der Ausheilung durch den Arzt entziehen oder demselben gar nicht erst zu Gesichte kommen. Viele Individuen mit wirklich normalen Lidrändern gibt es nicht, und darum könnte man unbeschadet dessen, daß es gelegentlich überflüssig wäre, den Gebrauch des Augenwännchens als hygienischen Toilettenmittels gut und billig ganz allgemein empfehlen. Freilich bedarf es hier einer bestimmt vorgeschriebenen Badeflüssigkeit und würde ich die Hesse'schen kombinierten Emser Tabletten für recht geeignet halten. In der Praxis — muß ich gestehen — ist mir die Verordnung von Spezialitäten unsympathisch; für den Toilettentisch lasse ich sie gelten, für die Behandlung von Augenleiden ziehe ich ein Rezept vor. Wo es sich um die einfachsten Formen von Blepharitis und Conjunctivitis consecutiva handelt, verschreibe ich:

Natr. carbon. pur.

Natr. biborac.

Natr. chlorat., āā 1,0

Aq. d. 200,0

MDS. Augenbadewasser

Adde pelv. ocular. Hesse.

Für diejenigen, welche den Hesse'schen Apparat in Gebrauch nehmen, möchte ich übrigens bemerken, daß das Röhrchen mit den Tabletten auch einzeln in den Apotheken nachgeliefert wird. Zu beachten ist, daß das Augenwasser sozusagen stubenwarm (das ist

immerhin noch kühl genug) angewandt wird und daß man das Wännchen nur knapp zur Hälfte anfüllt. Je weniger in demselben, desto mehr muß der Kopf nach hinten übergelegt werden, je voller das Wännchen, desto schwieriger ist das wasserdichte Ansetzen. Auch soll man für gewöhnlich den Lidschlag nicht unterdrücken, sondern nach Möglichkeit mehr oder weniger lebhaft zwinkern. Bei Hesse macht es fast den Eindruck, als ob er irgendwie reizende Medikamente, wie Sublimat und dergl. verpönen und durch Soda und Borax ersetzt sehen möchte. Gewiß ist zuzugeben, daß stärkere Konzentrationen von Sublimat nachteilig wirken können; für den Zweck der Augenbäder wird man natürlich eine Auswahl von Medikamenten zu treffen haben und diese in geeigneter Verdünnung geben, aber ganz auszumerzen sind sie doch wohl nicht. Ich verordne je nach Bedarf mit Vorliebe als Augenbad: Hydrarg. oxycyan. 0,2, Aq. d. 200; eventuell einen Zusatz von Zinc. sulf. 0,2 oder Natr. biborac. 2,0. Aber auch Bäder von Kali permang. 0,25 : 200 oder Sublimat 0,02 : 200 sind in vielen Fällen nützlich. Für die noch immer im Versuchsstadium befindliche medikamentöse Behandlung der Linsentrübungen empfehlen sich Bäder in 0,5%iger Lösung von Natr. jodat. Hesse hat vollkommen Recht, daß ein großer Vorteil der Augenbäder in der Leichtigkeit liegt, mit welcher die Patienten sich selbst behandeln können, und deshalb gebe ich jetzt oft in Fällen, wo ich sonst mit Pipette einträufeln ließ, die Augenwanne mit entsprechend schwächerer Lösung der erforderlichen Medikamente für den häuslichen Gebrauch. Wo es sich um die Entfernung von Sekret aus dem Auge handelt, besonders bei eitrigen Prozessen, ist die Wanne indiziert; durch absichtlich vermehrten Lidschlag wird der Zweck dann noch besser erreicht. Ergeben sich hiernach die Indikationen für den Gebrauch der Augenbadewanne ziemlich von selbst — so möchte ich zum Schluß nur noch auf einen Krankheitszustand besonders aufmerksam machen, bei welchem es dringend geboten erscheint, dies alte fast vergessene Hilfsmittel in sein Recht einzusetzen; es handelt sich um die Prothesenträger. Die Reinigung der Augenhöhle kann durch den Patienten selbst in keiner Weise so gründlich und bequem vorgenommen werden, als mit Hilfe der Augenbadewanne. Ich glaube, wir haben hiernach allen Grund Herrn Kollegen Hesse dankbar zu sein, daß er die Cucurbita aus der Versenkung wieder ans Tageslicht gebracht.“

(Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges,
12. Dezember 1912.)

Blutungen.

Das Verhalten des praktischen Arztes bei Nasenblutung.

Von Dr. Arthur Meyer in Berlin. Verfasser schreibt: „Alle

blutstillenden Methoden bezwecken in letzter Linie die Bildung eines haltbaren Thrombus in dem blutenden Gefäß. Es stehen uns hierzu folgende Mittel zur Verfügung:

1. Kompression: a) durch Fassen des blutenden Gefäßes mit Unterbindungspinzette (kommt bei Nasenblutung nicht in Betracht); b) durch Tamponade.

2. Beförderung der Gerinnung: a) durch lokale Applikation; b) durch in den Kreislauf eingeführte Stoffe.

3. Verschorfung des blutenden Gefäßes: a) durch Hitze; b) durch chemische Aetzung.

4. Herabsetzung des Blutdrucks.

5. Lokale Ischämie: a) durch Unterbindung am Orte der Wahl; b) durch Gefäßtonika; c) durch Kälte.

Bevor positive Ratschläge gegeben werden, soll zunächst eine dringende Warnung ausgesprochen werden: Eisenchlorid ist kein Mittel gegen Nasenbluten. Diese Warnung ist nicht neu. Trotzdem ist das Mittel so eingewurzelt und wird noch immer so oft angewendet, daß hier ausführlich darauf eingegangen werden soll. Eisenchlorid wird entweder in Form von fertig käuflicher Eisenchloridwatte angewendet, oder es werden in Liquor ferri sesquichlorati getauchte Gazestreifen oder Wattebäusche zur Tamponade benutzt. Es wird damit beabsichtigt: Erstens die Blutgerinnung zu beschleunigen, zweitens eine Aetzwirkung auszuüben. Werden diese Absichten erreicht? Die Blutgerinnung wird durch FeCl_3 nicht beschleunigt. Es wird vielmehr auf rein chemischem Wege ein Niederschlag in dem flüssigen Blute erzeugt, wie das viele Salze von Schwermetallen tun. Die echte Gerinnung, als biologisch-fermentativer Vorgang, schreitet von dem Punkte, an dem sie begonnen, fort und kann so den Ausgangspunkt der Blutung erreichen; der chemische Niederschlag hingegen entsteht nur an der Berührungsstelle beider Flüssigkeiten. Unter dem Niederschlag blutet es weiter, wenn nicht zufällig die gleichzeitige Kompression zur Blutstillung genügt. Eine Aetzwirkung dagegen kommt dem Eisenchlorid sicher zu. Nur fragt es sich: Ist die Art der Aetzung zur Blutstillung geeignet? Es sei mir die Vorfrage gestattet: Wie muß ein Aetzmittel beschaffen sein, um bei Blutung angewendet zu werden, und welche Vorbedingungen müssen hierfür erfüllt sein? Eine Aetzung kann nur dann von Erfolg sein, wenn sie a) die blutende Stelle direkt trifft; b) einen festen Schorf schafft, der tief genug greift, um die Gefäße — die ja in der Nase recht oberflächlich liegen — mit einzubeziehen; c) das Aetzmittel muß auf ein recht eng begrenztes Gebiet wirken, um nicht größere Teile der Schleimhaut zu schädigen. Das ideale Aetzmittel in diesem Sinne ist die Galvanokaustik. Die Verschorfung greift tief, sie wird auf die blutende Stelle und nur auf diese appliziert, es

besteht keine Neigung zur Ausbreitung in die Fläche. Auch Ac. nitric. fumans und Chromsäure sind brauchbare Kaustica bei Blutung. Bei der FeCl_3 -Tamponade ist nun von allem das Gegenteil der Fall. a) Die blutende Stelle kommt nicht zu Gesicht, man weiß also nicht, ob sie direkt vom Aetzmittel berührt wird. b) Der Schorf ist weich, breiig, zerfließlich, bietet also keinen geeigneten Schutz vor Blutung; FeCl_3 ist zugleich ungefähr das oberflächlichste der gebräuchlichen Aetzmittel. c) Endlich wird es in ausgiebigster Weise auf große Schleimhautflächen verteilt, die dadurch in nicht dosierbarem Maße geschädigt werden. Das Epithel wird nekrotisiert, es bildet sich ein bräunlich-schmieriger Belag, nach dessen Abstoßung ausgedehnte sezernierende Geschwürsflächen bestehen, die allmählich zur Heilung kommen; jedoch können auch flächenhafte Verwachsungen zwischen Septum und Teilen der lateralen Nasenwand resultieren. Durch den sofort auftretenden Belag und die auf die Verätzung folgende Schwellung sind alle Teile der Nase unübersichtlich, alle weiteren Eingriffe außerordentlich erschwert. So erging es erst kürzlich einer Patientin, der in unserer Poliklinik wegen akuter Keilbeinhöhleneiterung der größte (hintere) Teil der mittleren Muschel abgetragen wurde. Nach einigen Stunden mäßige Nachblutung, Tamponade mit FeCl_3 . Die Blutung stand, aber die so wichtige lokale Nachbehandlung war für die nächsten sechs Tage unmöglich geworden. Ähnliche Fälle sieht man leider häufig. Also gegen die Blutung erreicht man mit Eisenchlorid nicht mehr als durch die Tamponade mit reiner Gaze. Dagegen schadet man erheblich durch Verätzung der Schleimhaut. Darum fort mit dem Eisenchlorid! Das gleiche gilt vom Ferripyrin, wenn auch seine Aetzwirkung schwächer ist. Nun zum positiven Teil! Vom praktischen Standpunkt aus sind die Nasenblutungen einzuteilen in primäre und operative. Was die primären betrifft, so sei — unter Beiseitesetzung aller ätiologischen Betrachtungen — nur daran erinnert, daß ihr Sitz im allgemeinen nicht in der Tiefe der Nase liegt, sondern in 98 vom Hundert der Fälle an dem vordersten untersten Teil des Septums, dem sogenannten Locus Kieselbachii, an dem dicht oberhalb der Spina nasalis anterior inferior gelegenen Teil der Cartilago quadrangularis. Verschiedene Faktoren wirken zusammen, um diesen Punkt zu Blutungen besonders zu disponieren. Die histologische Beschaffenheit der Schleimhaut, die hier mit einem reichlichen Netz oberflächlich gelegener Venen versehen ist, dafür aber der Drüsen entbehrt und daher zur Trockenheit und Brüchigkeit neigt; sodann die Lage, welche diesen Teil als ersten der trockenen, oft staubigen Inspirationsluft exponiert und ihn dem kratzenden Finger oder Taschentuch leicht erreichbar macht. Deviationen, welche den vordersten Teil der Scheidewand einbeziehen, erhöhen noch diese Exposition. Daher sind zwei Befunde am Locus Kiesel-

bachii häufig anzutreffen, welche beide als direkte, örtliche Ursachen der Epistaxis anzusehen sind. Die Erosio septi, bestehend in mehr oder weniger ausgedehnten, oberflächlichen oder auch tiefer greifenden Substanzverlusten; sie kann übergehen in das idiopathische Ulcus septi perforans. Sodann die Varices septi, wobei wir strotzend gefüllte, oft reliefartig der Schleimhaut aufgelagerte kleine Venen finden, die bereit scheinen, bei irgend einem Anlaß die dünne Hülle zu sprengen. Bei spontanem Nasenbluten blutet so gut wie immer nur eine Seite. Ausnahmen sind meist scheinbar, veranlaßt entweder dadurch, daß der Patient den Kopf zurückgebeugt hat, so daß das Blut den Weg durch den Nasenrachen in die andere Choane nahm, oder durch etwa vorhandene Perforationen in der Scheidewand. Eine wirkliche Ausnahme bilden Blutungen aus perforierenden Geschwüren. Hiervon abgesehen genügt es, die eine Seite in Angriff zu nehmen, und es wird nicht schwer sein, die blutende Seite zu erkennen. Das beste Mittel zur Stillung des Blutes ist die Kompression des vordersten unteren Septumabschnittes. Das kann mit einem Holzstäbchen geschehen, das dick mit Watte umwickelt ist; diese Therapie kann man dem Patienten empfehlen, der so selbst seine Blutung zum Stehen bringen kann. Besser aber ist die Tamponade. Diese ist mit sterilen Mullbinden von 4—6 cm Breite vorzunehmen, die zweckmäßig mit Xeroform, Vioform, Airol oder dgl. imprägniert sein können; natürlich kann man sich auch Gazestreifen in dieser Breite selbst schneiden. Wattetamponade ist nicht empfehlenswert, weil die einzelnen Stückchen oft übersehen werden und in der Nase zurückbleiben können. Jedoch kann man faute de mieux dazu gezwungen sein. Beleuchtung durch Stirnspiegel und ein Nasenspekulum (von Hartmann oder Noltenius) ist wünschenswert, aber nicht unbedingt erforderlich. Die Tamponstreifen werden nun mit einer schlanken Pinzette, am besten einer bajonettförmigen Nasenpinzette, in den vorderen Teil der Nase eingeführt, indem man stets einen Druck nach unten ausübt. Die Blutung steht oft nicht sofort, aber nach wenigen Minuten, sobald die Tampons vollgesogen sind und das Blut in ihnen gerinnt. Blutet es durch die Tamponade hindurch, so war diese nicht fest genug, und man muß sie zusammendrücken, nachstopfen, eventuell erneuern. Hört die Blutung vorn auf, sucht sich aber dafür nach hinten Bahn — in den Rachen hinein, wo das Blut verschluckt oder ausgespien wird, und durch das andere Nasenloch — so ist anzunehmen, daß die Quelle weiter hinten liegt und durch die erste Tamponade nicht erreicht wurde. Dann muß man diese entfernen und nunmehr die ganze Nase ausstopfen, so eng als möglich, hinten am Nasenboden beginnend allmählich aufsteigen, endlich die vorderen Partien ausfüllen. Die Bellocq'sche Tamponade, eine recht unangenehme Prozedur, ist

bei Spontanblutungen wohl völlig entbehrlich. Denn wenn nach einer ordnungsmäßigen Tamponade, wie sie soeben beschrieben wurde, die Blutung nicht steht, so liegt das nicht an örtlichen, sondern an konstitutionellen Ursachen. Erhöhter Blutdruck (Arteriosklerose, Nieren- oder Herzleiden), mangelhafte Gerinnungsfähigkeit des Blutes (Hämophilie, Leukämie, Skorbut) sind die hauptsächlichsten Momente. Wir müssen also dann suchen, die Wirkung der Tamponade durch andere Mittel zu unterstützen. Halten wir uns an die mitgeteilte Tabelle, so kommt als nächstes Unterstützungsmittel die Beförderung der Gerinnung in Betracht. Vorzügliche Wirkung sah ich in einem Falle sehr schwerer Blutung von der Tamponade mit 10% Gelatinelösung. Mit der erwähnten Lösung werden die Tampons getränkt. Man muß eine Lösung vorrätig haben, die an drei aufeinanderfolgenden Tagen je 20 Minuten gekocht worden ist, oder man bedient sich der bequemen, aber teuren Merck'schen Gelatine. Weniger prompt ist die Wirkung von subkutan injizierter Gelatine, sowie von innerlich eingenommenen Kalksalzen. Dagegen ist bei Hämophilen die Injektion von Pferdeserum (wenn nicht anders, Diphtherie-Heilserum), sehr wertvoll.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1912 Nr. 24.)

Behandlung der Blutungen bei entzündlichen Adnexerkrankungen. Von K o c h. Nach kurzem Ueberblick über die bisher bei schweren Menorrhagien angewandte Therapie werden die Methoden besprochen, die dann in Betracht kommen, wenn entzündliche Adnexerkrankungen, insbesondere frische Pyosalpingen, die Ursache der Blutung abgeben. Außer den bekannten Styptica, die subkutan oder per os gegeben, nur von mangelhaftem Erfolge sind, kamen bisher von lokalen Eingriffen, die aber im allgemeinen wegen der Gefahr der Verstärkung der Entzündung zu perhorreszieren sind, nur die Scheidentamponade und im Notfall die Totalexstirpation in Betracht. An der Hand einer ganzen Reihe von Fällen wird über Versuche berichtet, bei derartigen schweren Menorrhagien durch Injektionen von Secale-Präparaten und Pituitrin in die Portio Erfolge zu erzielen. Nach fast jeder Injektion kam es zu einem beinahe vollständigen Sistieren jeder Blutung für die Dauer von zehn bis zwölf Stunden, doch hat sich nur Pituitrin wegen des Fehlens jeglicher Nebenerscheinungen gut bewährt.

(Medizin. Gesellschaft in Gießen 21. Mai 1912.)

Hämatom der Nebennieren bei einem Neugeborenen (anatomisches Präparat). Von A. v. R e u ß. Am Ende des zweiten Lebenstages Fieber und auffallende Blässe sowie Zyanose, Nahrungsverweigerung, Exitus am sechsten Tag unter fortschreitendem Verfall,

hochgradige Blässe und wiederholtem Erbrechen. Bei der Obduktion ergab sich ein hühnereigroßes Hämatom der rechten Nebenniere mit Durchbruch in das retroperitoneale Zellgewebe und Infiltration des ganzen Gekröses. Kleines Hämatom der linken Nebenniere. Die Nebennierenhämatome dürften nicht so selten sein, als es den Anschein hat. Als Ursache wird Geburtstrauma angegeben, doch meint R., daß dies nur prädisponierend in Betracht kommt. Er rechnet die Erkrankung in das Gebiet der hämorrhagischen Diathesen der Neugeborenen.

(Gesellsch. für innere Med. und Kinderheilkunde in Wien,
2. Mai 1912.)

Ein Fall von spontan geheilter hämorrhagischer Erkrankung beim Neugeborenen. Von A. v. Reuß. Starke Kopfgeschwulst über dem linken Scheitelbein, die allmählich zunahm. Am dritten Tage entwickelte sich eine zunehmende intensiv blaue Verfärbung der Haut bis über die Ohrmuschel und Augenlider. Es trat Nasenbluten auf. Zwei schwarze Stühle. Intensiver Ikterus. Allgemeinbefinden gut. Die Blutungen sistierten am Ende der ersten Woche. R. reiht auch diesen Fall in die Gruppe der hämorrhagischen Erkrankungen der Neugeborenen ein.

(Gesellsch. für innere Med. und Kinderheilkunde in Wien,
2. Mai 1912.)

Ueber synthetisches Hydrastinin. hydrochloricum. Von Prof. Dr. Dührssen (Berlin). Verfasser möchte die Aufmerksamkeit der Aerzte auf das synthetisch hergestellte Hydrastinin. hydrochl. „Bayer“ lenken, welches ihm bei Uterusblutungen, speziell bei den durch Adnexerkrankungen bedingten Blutungen, gute Dienste geleistet hat. Vor dem Extract. hydrastis canad. fluid. besitzt das synthetische Hydrastinin wesentliche Vorzüge. Hier haben wir einen einheitlichen, genau charakterisierten chemischen Körper, dort ein Fluidextrakt mit einem niemals gleichmäßigen Gehalt, dessen therapeutische Komponente Schwankungen aufweist, die sich nach Lehmann zwischen 0,36 und 2,1% bewegen. Ein derartiges Präparat kann naturgemäß einen Anspruch auf prompte und gleichmäßige Wirkung nicht erheben. Dazu kommt als weiterer Nachteil des Extract. hydr. canad. fluid., daß es mit einem überflüssigen Ballast von Extraktivstoffen beladen ist, die den bekannten, wenig angenehmen Geschmack des Pharmakopoepräparates bedingen — und daß das im Fluidextrakt präformiert enthaltene Hydrastin, aus dem auch das natürliche Hydrastinin hergestellt wird, ein Herz- und ein Krampfgift ist, das synthetische Hydrastinin dagegen nicht. Die klinischen Versuche haben nun ergeben, daß das synthetische Hydrastinin die

gleichen therapeutischen Eigenschaften besitzt, wie das Extract. hydr. canad. fluid., nur daß sie wesentlich prompter und intensiver auftreten. Irgendwelche Herzstörungen hat es nicht hervorgerufen. Auch hat es in einigen Fällen geholfen, wo Stypticin. hydrochloric. versagte. Die Wirkung des Hydrastinins beruht auf der Gefäßverengung und der Kontraktion der Uterusmuskulatur, die es erzeugt. Verfasser verordnet es auch regelmäßig bei der starken Menstruation, welche konservativen gynäkologischen Operationen zu folgen pflegt — und zwar in der Form der *Tablettae hydrastinini hydrochl.* „Bayer“ à 0,025 Nr. 15 (viermal täglich eine Tablette). Auch als *Liquor hydrastinini* „Bayer“ 25,0, dreimal täglich 20 Tropfen in einem Eßlöffel Zuckerwasser, kann das Präparat verordnet werden und kostet in dieser Form nur etwa die Hälfte des Fluidextraktes. Trotz des Zusatzes „Bayer“ auf dem Rezept haben die Apotheken mehrfach das natürliche, aus dem Fluidextrakt gewonnene Hydrastinin verabfolgt. Dieses ist aber dreimal so teuer als das synthetisch hergestellte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1913 Nr. 2.)

Diarrhöen.

Ueber Pepsinanwendung bei Diarrhoe. Von F. Tissot. Neben durch Infektion bedingten Diarrhöen gibt es Formen, die mit mechanischen und biochemischen Verdauungsstörungen zusammenhängen. Diese Zusammenhänge zwischen Magenverdauung und Diarrhoe, welche bei den infantilen Diarrhöen stetige Berücksichtigung finden, werden bei den Diarrhöen Erwachsener nicht genügend beachtet. Es kann Diarrhoe als erstes Zeichen einer torpiden Dyspepsie auftreten, und es ist bei Verkenntung dieses Zusammenhanges leicht denkbar, daß sich entzündliche Veränderungen der Darm-schleimhaut entwickeln und eine allgemeine Ernährungsstörung eintritt. Bei vielen Erwachsenen ist ebenso wie im Kindesalter die Enteritis eine Folge primärer Störungen der Magenverdauung. Für diese Auffassung sprechen die günstigen Erfolge der Pepsinbehandlung bei in einer Irrenanstalt beobachteten Erkrankungen an Diarrhoe. Von 43 Patienten wurden 38 durch die Pepsinbehandlung rasch, meist innerhalb eines Zeitraumes von drei Tagen, manchmal schon nach 24 Stunden von der Diarrhoe befreit, ohne daß Abführmittel oder Veränderung der Diät sich als notwendig erwiesen. Die Behandlung versagte nur bei Patienten mit weit vorgeschrittener Kachexie. Für die dyspeptische Natur der Diarrhoe in den mitgeteilten Fällen sprach der Umstand, daß in den Entleerungen konstant halb verdaute oder unverdaute Nahrungsbestandteile nachgewiesen werden konnten. Das Bestehen eines hypopeptischen Zustandes bei Patienten mit herabgesetzter Intelligenz erklärt sich aus dem Darniederliegen der

sekretorischen Funktionen in derartigen Fällen. Es ist weiter zu berücksichtigen, daß psychisch Degenerierte die Nahrung oft ungekaut verschlingen. Für den Zusammenhang zwischen Hypopepsie und Diarrhoe spricht auch der Umstand, daß mit dem Aussetzen der Pepsinmedikation die Diarrhoe wiederkehrte und nach Wiederaufnahme der Pepsindarreichung verschwand. Zur Erzielung der Wirkung ist die Anwendung eines amyllumfreien Pepsins von hohem Extraktionstiter unbedingt erforderlich, da andere Pepsinpräparate wertlos sind. Das Pepsin ist ein wirksames prophylaktisches Mittel gegen die sekundäre Enteritis im Gefolge von Störungen der Magenverdauung.

(Progrès méd. 1912 Nr. 43. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Ueber eine neue medikamentöse Behandlung der Diarrhoe.

Von Dr. E. Fuld, Berlin. Die rein diätetische Behandlung der Diarrhöen ist nicht immer leicht durchführbar, andererseits ist die Opiumbehandlung nicht zu empfehlen, weil das Mittel nur symptomatisch wirkt. Die Angabe zahlreicher Patienten, daß die diarrhoischen Entleerungen unmittelbar oder fast unmittelbar nach dem Essen sich einstellten, legte den Gedanken nahe, daß die Füllung des Magens Kontraktion des unteren Dickdarmabschnittes auslöst. Auch die normale morgendliche Stuhlentleerung wird dem Anschein nach hauptsächlich durch das erste Frühstück ausgelöst. Bei der Diarrhoe besteht nur eine Steigerung eines physiologischen Phänomens, und es ergibt sich die Aufgabe, die gastrointestinale Reaktion zur Norm zurückzuführen. Zu diesem Zweck hat Fuld das Kokain herangezogen, welches sich bei jener Form der Hyperexzitabilität der Magenschleimhaut, welche die Grundlage des habituellen Erbrechens bildet, bewährt hat. Das Kokain wurde mit dem Kodein kombiniert, welches die Erregbarkeit des Zentralnervensystems herabsetzt; die Kombination bewirkte niemals Obstipation. Es wurden Erwachsenen zehn Minuten vor den Hauptmahlzeiten zehn Tropfen einer 3%-Lösung von Cocainum hydrochloricum und zehn Tropfen einer Lösung von Codeinum phosphoricum in Aq. menthae gegeben. Bei Kindern wurden soviel Tropfen einer 1%-Lösung gegeben, als das Kind Jahre zählte. Selbst hartnäckige Diarrhoen, welche auf diätetische Behandlung nicht reagierten, schwanden oft nach der ersten Kokain-Kodeindosis; auch bei Kindern und Säuglingen wurde rasche Wirkung beobachtet. Es wird, ohne daß Obstipation auftritt, die Prädisposition für das neuerliche Auftreten von Diarrhoe unterdrückt. Diarrhoe und Obstipation beruhen auf Störungen des gastrointestinalen Reflexes. Auch bei Diarrhoe im Gefolge von Anachlorhydrie und bei tuberkulöser Diarrhoe erwies sich die Behandlung mit Kokain und Kodein als vortrefflich. Bei Incontinentia alvi im Gefolge von Mast-

darmoperationen ist die anhaltende Anwendung der Kombination von Kokain und Kodein wirksam. Die Behandlung kann auch bei solchen Diarrhöen angewendet werden, die nicht im unmittelbaren Anschluß an die Mahlzeiten auftreten.¹⁾ (Sem. méd. 1912 Nr. 37.)

Klin. therap. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Intoxikationen.

Der Giftsumach, *Rhus toxicodendron* L., und seine Giftwirkungen. Von E. Rost und E. Gilg (Berlin). In einem für den preußischen Fiskus, als Besitzer des Königlichen Botanischen Gartens in Berlin-Dahlem, von Rost erstatteten Gutachten ist der experimentelle Beweis geführt worden, daß die durch den Giftsumach entstehende Hautentzündung (Kombination von Ekzem und Erysipel) nicht durch Luftübertragung entstehen kann. Es ist in jedem Fall ein direkter oder indirekter Kontakt mit der Pflanze nötig, wobei Personen oder Gegenstände, die mit dem Strauch oder Teilen desselben in Berührung gekommen waren, Träger des hautreizenden Gifts sein können. Die Verfasser konnten den Nachweis führen, daß die Härchen, die die Blätter zahlreich bedecken, sich spontan nicht ablösen und daß sie überdies keine echten, sekretabscheidenden Drüsenhaare sind, wie sie die *Primula obconica* auszeichnen. Der Giftstoff des *Rhus toxicodendron* ist in der die Pflanze in allen Teilen (Wurzel, Stamm, Zweige, Blätter, Blüten; nicht aber Blütenstaub) in Harzgängen durchsetzenden Harzemulsion enthalten; es ist also die Berührung nicht unbedingt gefährlich, sondern nur dann, wenn eine Stelle berührt wird, an der durch Bruch oder Schnitt die anfänglich weiße, später sich wie Lack schwärzende Harzemulsion zutage getreten ist, und insbesondere wenn geknickte oder sonst verletzte Blätter berührt werden. Der Blütenstaub erzeugt auf der Haut keine Dermatitis. Der Giftsumach darf hiernach in Botanischen Gärten angepflanzt werden, wenn das Publikum nur — wie das wohl überall geschieht — durch ein Schild mit deutlich erkennbarer Aufschrift auf die Gefährlichkeit jeder Berührung der Pflanze hingewiesen wird. Durch diese Untersuchung ist der in den Vereinigten Staaten von Amerika heimischen Pflanze das Rätselhafte genommen worden; sie ist des Unheimlichen entkleidet, das ihren Wirkungen nach zahlreichen früheren Mitteilungen anhaften sollte. Sämtliche der von den Verfassern zu den Versuchen herangezogenen Personen erwiesen sich als empfänglich für den Giftstoff der Pflanze; es kann jede (unverletzte) Hautstelle erkranken. Die Erkrankung befällt die Epidermis, bleibt streng lokalisiert und tritt nur da auf, wo Giftstoff hingbracht wird.

¹⁾ „Ich habe die Fuld'sche Behandlung in mehreren Fällen von Diarrhöen aus verschiedenster Ursache mit promptem Erfolg angewendet“, fügt Dr. Schnirer (Wien) dem Referate bei.

Die Dermatitis ging in allen Fällen ohne Nacherkrankung, ohne Rezidiv und Narbenbildung vorüber. Nierenreizung und Drüenschwellung wurden niemals beobachtet. Die von P f a f f und C h e s n u t empfohlene Behandlung, Abreiben, Betupfen mit einer in verdünntem Spiritus gesättigten Bleizuckerlösung, der später Umschläge mit essigsaurer Tonerde oder Salbenverband folgen dürfen, hat sich aufs beste bewährt und hat die heftigen Juckschmerzen prompt beseitigt. (Bericht der deutschen Pharmazeut. Gesellsch. 1912. — Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 57.)

Ein Fall von Naphthalinvergiftung. Von Dr. Ludwig Heine (Berlin-Wilmersdorf). Frau A. F., 33 Jahre alt. Seit etwa zwei Jahren leidet Patientin an Oxyuren. Wiederholte Behandlungen mit Santonin, medikamentären Klysmen, den neuerdings empfohlenen Gelonid. Alum. subacet. hatten nur vorübergehenden Erfolg. Verfasser verschrieb daher acht Pulver, bestehend aus Naphthalin. puriss. 0,4, Sacch. 0,2 mit der Weisung, diese innerhalb zwei Tagen zu verbrauchen und während dieser Zeit Fette nicht zu genießen. Nach drei Tagen (am 3. Juli) erschien die Patientin wieder in der Sprechstunde. Sie hatte an den beiden vorhergehenden Tagen sieben der verordneten Pulver verbraucht. Schon nach zwei Pulvern empfand die Patientin Harndrang und Schmerzen beim Urinlassen; außerdem zeigte sich etwas Durchfall. Am nächsten Tage fühlte sie sich sehr matt, der Kopf war benommen, sie hatte ein Gefühl des Absterbens an den Füßen. Die Blasenbeschwerden hielten an. Im Laufe des Tages wurden alle Beschwerden, besonders die Mattigkeit, stärker; infolgedessen nahm die Patientin das letzte ihr verordnete Pulver nicht mehr. Verfasser erhob folgenden Befund: Die Patientin macht einen elenden, hilflosen Eindruck. Die Haut sowie die Augenbindehaut ist ikterisch verfärbt. Puls 84, regelmäßig, leidlich gespannt. Temperatur 37,3°. An den Brustorganen finden sich keine Besonderheiten. Die Bauchdecken sind nicht gespannt. Das rechte Hypochondrium sowie die Blasengegend sind druckempfindlich. Die Leber ist nicht zu fühlen, die Leberdämpfung schneidet mit dem Rippenbogen ab. Die Milz ist vergrößert, hart, überschreitet den Rippenbogen etwa um einen halben Querfinger; der untere Pol ist druckempfindlich. Der Urin, der morgens schwarz gewesen sein soll, ist dunkelbraun, sein spezifisches Gewicht beträgt 1011. Er enthält reichlich Eiweiß, im Sediment finden sich massenhaft Epithelien der unteren Harnwege, vereinzelte Nierenbecken- und Nierenepithelien, reichliche, unversehrte, in Geldrollenform aneinanderliegende rote Blutkörperchen, vereinzelt ein granulierter Zylinder. Verfasser verordnete Bettruhe, Inf. Sennae comp. und hohe Einläufe. Am nächsten Tage war der körperliche Befund unverändert.

Die Patientin hatte wenig geschlafen, fühlte sich sehr schwach. Der Urin war dunkelbraunrot, enthielt $2\frac{1}{2}\%$ Eiweiß (nach Esbach), sein spezifisches Gewicht betrug 1020. Im Sediment fanden sich spärliche hyaline und granulierte Zylinder, Epithelien der Harnwege, keine roten Blutkörperchen. Die Guajakreaktion war stark positiv. Die Patientin erhielt dreimal täglich 1 l Ringer'sche Lösung in den Mastdarm instilliert. In den folgenden Tagen verschwanden die Krankheitserscheinungen allmählich. Am 5. Juli enthielt der Urin $1\frac{1}{4}\%$ Eiweiß und gab noch eine stark positive Guajakreaktion. Der Leib war nicht mehr druckempfindlich. Am 6. Juli wurden 1800 ccm dunkelgelben Urins vom spezifischen Gewicht 1011 entleert, in dem nur Spuren von Eiweiß nachzuweisen waren, während die Untersuchung auf Blut ein negatives Ergebnis hatte. Im Sediment zeigten sich noch reichliche Blasenepithelien, spärliche hyaline Zylinder und Nierenepithelien. Der Ikterus verschwand im Laufe dieses Tages. Am 7. Juli war der Urin eiweißfrei. Die Milz war nicht mehr zu fühlen. Am 9. Juli fanden sich nur spärliche Epithelien der unteren Harnwege im Urinsediment, sonst ergab die Untersuchung einen normalen Befund. Die Patientin fühlte sich jedoch noch sehr matt und erholte sich erst im Laufe von mehreren Wochen. — Es traten also im vorliegenden Fall als Folge der Naphthalinbehandlung zuerst Tenesmus und Blasenblutung auf. Nach Verbrauch von insgesamt 2,8 g Naphthalin kam es zu hochgradiger Schädigung des Blutes, als deren Symptome sich Hämoglobinurie, Ikterus und Milzschwellung fanden; ebenso zeigte sich eine akute Nephritis. Zugleich trat eine erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens auf. Die Hinfälligkeit und Schwäche der Patientin machte einen durchaus bedrohlichen Eindruck. Erst nach mehreren Tagen besserte sich das schwere Krankheitsbild allmählich. Eine äußere Ursache für den Eintritt der Vergiftungserscheinungen ließ sich nicht ermitteln. Das nicht verbrauchte Pulver wurde in der Apotheke nachgeprüft. Es war richtig abgewogen, das Medikament war rein. Möglicherweise ist der Eintritt der schädigenden Wirkung etwas gefördert worden durch einen Diätfehler der Patientin. Entgegen der ihr gegebenen Anweisung nahm die Patientin an beiden Tagen Kaffee mit Milch zu sich und bald danach das Naphthalin. Es ist danach die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß die Milch eine Lösung des Naphthalins in den oberen Darmpartien verursacht und hierdurch die Intoxikation gefördert hat. Jedoch kann diese verhältnismäßig geringfügige Fettaufnahme keinesfalls als ein wesentliches ursächliches Moment der Schädigung angesehen werden, sondern wir müssen annehmen, daß auch bei vollkommen zweckmäßigem Verhalten das Naphthalin als solches in diesem Falle giftig gewirkt hätte. Diese Tatsache verdient um so mehr Beachtung, als das Naphthalin besonders in früheren

Jahren vielfach zur Behandlung von Darmkrankheiten empfohlen wurde und in der Literatur im allgemeinen als ungefährliches Medikament angesehen wird. Penzoldt hält das Naphthalin „auch in Dosen von mehreren Grammen“ für ungiftig. Lewin schreibt dem Mittel „im ganzen nur unwesentliche Nebenwirkungen“ zu, erwähnt allerdings, daß in einem Falle nach fünftägigem Naphthalingebrauch eine tödlich endigende Nephritis beobachtet sei. Geringfügige Störungen beobachteten Pauli, Lehmann Zangerle, Gyula. Doch handelte es sich in diesen Fällen nur um leichte Krankheitserscheinungen, die 24 Stunden nach Aussetzen des Naphthalins abklangen. Dabei ist zu bemerken, daß die verbrauchten Dosen hohe waren. So handelt es sich in der Mitteilung Zangerle's um einen zwölfjährigen Knaben, der versehentlich 3,7 g Naphthalin einnahm und danach nur einen rauschähnlichen Zustand ohne somatische Störungen bekam. Im Gegensatz zu den erwähnten geringfügigen und vorübergehenden Schädigungen steht ein in der neuen Literatur mitgeteilter, tödlich endigender Fall. Prochownik berichtet von einem sechsjährigen Knaben, der zum Zwecke der Oxyurenabtreibung in zwei Tagen siebenmal 0,25 g Naphthalin erhielt und danach unter Ikterus und Hämoglobinurie zugrunde ging. Dieser letal verlaufenden Vergiftung reiht sich die oben beschriebene Erkrankung an, deren klinische Erscheinungen den Beobachtungen Prochownik's entsprachen. Verfasser kann sich hiernach nur dem Rate dieses Autors anschließen, von einer internen Verwendung des Naphthalins in Zukunft abzusehen.

(Mediz. Klinik 1913 Nr. 2.)

Neuralgien.

Weitere Erfolge der internen Galvanisation der Mundhöhle bei der Neuralgie des N. trigeminus. Von Privatdozent Dr. V. Vitek (Prag). Verfasser schreibt: „Im Jahre 1909 habe ich in diesem Zentralblatte (Nr. 14) eine vorläufige Mitteilung veröffentlicht, und zwar über drei Fälle einer schweren Trigeminasneuralgie, die ich in einer kurzen Frist durch meine eigene Methode dauernd geheilt habe. Ich habe nämlich in den erwähnten Fällen die bisherige äußere Galvanisation einzelner Trigeminasäste (d. h. des zweiten und dritten Astes) in dem Sinne modifiziert, daß ich dieselben in der Mundhöhle durch den galvanischen Strom beeinflußt habe. Ich benutzte dazu eine speziell dafür konstruierte Elektrode, die aus einem längeren, mit Hartgummi isolierten Halter besteht, der am Ende mit einer leicht gebogenen, kurzen metallischen Schaufel ohne Bedeck versehen ist.¹⁾ Die Intensität des Stromes war eine geringe

¹⁾ Die Elektrode ist bei der Firma Cizék in Prag zu erhalten.

(1,0 bis 1,5 M.-A.) und die Dauer der Sitzung 10 bis 15 Minuten. Die Elektrode wurde besonders an die schmerzhaften Punkte appliziert und dort einige Minuten gehalten. Außerdem wurde immer auch die Austrittsstelle des zweiten Astes, d. h. das Foramen intraorbitale bei der Neuralgie des zweiten Astes, galvanisiert, bei der Neuralgie des dritten Astes dann das obere Foramen inframaxillare, wo der N. lingualis und mandibularis beisammen verlaufen. Außerdem strich ich die Elektrode über die ganze Schleimhaut der Wange, vermied jedoch, den Strom während des Elektrisierens zu unterbrechen. Die Elektrode in der Mundhöhle muß selbstverständlich die Anode repräsentieren. Ich erklärte schon bei der ersten Mitteilung die rasche und ausgiebigere Wirkung dieser Prozedur durch die leichte Zugänglichkeit der beiden Aeste des Trigeminus in der Mundhöhle selbst, wo das Eindringen des Stromes in den Nerven durch die histologische Beschaffenheit der Schleimhaut selbst leichter geschieht, wodurch auch die heilende, wahrscheinlich elektrolytische Wirkung leichter erzielt wird, als wenn der Strom erst die Haut und die Muskeln durchdringen muß, bevor er den Nerv trifft.

Ich kann nun nach dem beinahe zwei Jahre umfassenden Zeitraume mit Freude konstatieren, daß sich mir die oben erwähnte Methode bei allen, nicht nur leichten und kurzdauernden Neuralgien, sondern auch bei den schwersten, die schon in der Neurektomie ihre Heilung zu finden glaubten, bewährt hat.

(Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 16.)

Ueber die Pseudoodontalgie und die Schwierigkeit ihrer Diagnose. Von Maurice Roy. Die Pseudoodontalgie ist eine in den Zähnen lokalisierte Neuralgie, welche häufig im Gefolge von Grippe auftritt. Die gewöhnlich in den oberen Mahlzähnen sitzenden, sehr heftigen Schmerzen sind streng auf die Zähne beschränkt, welche dabei frei von jeder nachweisbaren Veränderung sein können. Die meist betroffenen Mahlzähne des Oberkiefers sind gegen Perkussion in vertikaler Richtung empfindlich; diese Empfindlichkeit tritt namentlich zutage, wenn man von der Mundhöhle her einen Druck auf den Processus pyramidalis des Oberkiefers ausübt, während ein Druck in horizontaler Richtung, z. B. von der Außenseite des Alveolarfortsatzes ausgehend, keine Schmerzhaftigkeit hervorruft. Von außen her läßt sich gewöhnlich Druckempfindlichkeit an den Austrittsstellen der Trigeminusäste nachweisen. Im Gegensatz zur echten Odontalgie werden die Schmerzen nicht durch Kälte oder Wärme der Speisen und Getränke beeinflußt und sind bei Tag heftiger, während der Schlaf in der Regel nicht beeinträchtigt wird. Die Lokalisation der Schmerzen und das Fehlen sichtbarer Zahnveränderungen könnten zu Verwechslung mit Erkrankung der Pulpa ohne Karies führen.

doch sind im letzteren Falle die Schmerzen durch thermische Reize beeinflußt, treten bei Nacht stärker hervor, und es ist im Beginn der Erkrankung die transversale Perkussion, nicht aber die vertikale Perkussion schmerzhaft. Bei vorgeschrittenen Erkrankungen der Pulpa macht auch die Verfärbung des Zahnes die Differentialdiagnose gegenüber Pseudoodontalgie leicht. Größere Schwierigkeiten der Differentialdiagnose ergeben sich, wenn die Zähne, welche als Sitz der Schmerzen angegeben werden, irgendwelche krankhaften Veränderungen aufweisen. Der Verfasser berichtet über zwei hieher gehörige Fälle, welche auch zeigen, daß sich die Pseudoodontalgie nicht nur nach Influenza, sondern auch nach Schnupfen mit Nebenhöhlen-erkrankung sowie anderen Infektionen, bzw. Intoxikationen entwickeln kann. Das Aufhören der Schmerzen bei Nacht, die Empfindlichkeit bei vertikaler Perkussion sowie die Druckempfindlichkeit der Austrittsstellen der Trigeminusäste ermöglichen auch hier die Diagnose der Pseudoodontalgie. Die Behandlung besteht in der Darreichung von Rp. Chinini hydrobromici 0,25, Antipyrini 0,5, Natrii bicarbonici 0,25, dreimal täglich in vierstündigem Intervall.

(Journ. de Prat. 1912 Nr. 42. —
Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Otitis.

Beitrag zur Therapie der Otitis externa furunculosa. Von Dr. A. Zografides, Vorstand der Laryngo - otologischen Abteilung der städtischen Klinik in Piräus, Athen. Nachdem Verfasser sich überzeugt hat, daß es sich um eine Otitis externa furunculosa handle, macht er, ohne Wert darauf zu legen, ob es zur Abszeßbildung gekommen ist oder nicht — es genügt, daß der Patient oft Schmerzen empfindet und wenn es auch noch nicht zu einer Entzündung gekommen ist — nach vorheriger gründlicher Desinfektion des Gehörganges sowie auch der Ohrmuschel drei bis fünf Längsschnitte und hauptsächlich an der Stelle, wo Verfasser mit der Sonde sich überzeugte, daß die Schmerzen sitzen, und führt gleich darauf sterile Gazestreifen in eine 10%ige Karbollösung getaucht, ein. Sehr oft anästhesiert er die Stelle mit Kokain. Durch diese Prozedur lassen die Schmerzen immer nach ein bis zwei Stunden nach, und nach fünf bis sechs Stunden verschwinden sie meistens ganz. Die Methode der Längsschnitte ist nicht neu, nur ist als neu zu betrachten, daß letztere möglichst früh gemacht werden müssen, und gleich darauf muß eine sterile, in 10%ige Karbollösung getauchte Gaze eingeführt werden, denn durch diese Längsschnitte wird die Resorption der Karbollösung, welche zugleich desinfizierend und schmerzlindernd wirkt, in großem Maße begünstigt. Der Verlauf der Krankheit wird durch dieses Vorgehen sehr abgekürzt, und, was für den Patienten von großer Bedeutung

ist, ist, daß die Therapie ganz schmerzlos abläuft und manchmal, ohne zur Abszedierung gekommen zu sein, während die Schnitte nach drei bis fünf Tagen unter der Karbollösung ganz aseptisch verheilen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Ueber akute Otitis media. Von G. L. Richards. Im Beginn, wenn das Trommelfell nur leicht gerötet ist und nur Schmerzen ohne andere Symptome bestehen, erweisen sich folgende Stäbchen ins Ohr eingeführt als nützlich:

Rp. Acid. carbol.	0,4
Extr. op. fl.	0,6
Cocain.	0,2
Atropin. sulf.	0,09
Aqua	0,2
Gelatin.	1,2
Glycerin.	6,0

Fiant bacilli Nr. 42.

Nach Einführung dieser Bougies erfolgt sofort Besserung der Schmerzen. Nach der Einführung soll das Ohr mit hydrophiler Gaze verschlossen und eine Wärmflasche appliziert werden. Auch nach der Parazentese leisten die Bougies gute Dienste.

(Merck's Archives 1912.)

Paralyse.

Zur Frage der Gefahren der Esmarch'schen Binde. Von Felix Lejars. Im Laufe der letzten Jahre wurde wiederholt über Lähmungen, die sich auf alle Nerven erstreckten, nach Anlegung der Esmarch'schen Binde an der oberen Extremität berichtet. Die Häufigkeit dieser Lähmungen wird überschätzt, und der Verfasser hatte nur einmal Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Die Analyse der Beobachtungen zeigt, daß nicht die Dauer, sondern die Stärke der Umschnürung für die Entstehung der Lähmung maßgebend ist, das heißt, daß eine technisch fehlerhafte, zu starke Konstriktion die Lähmungsgefahr mit sich bringt. Es wurden verschiedene Ersatzapparate zur Erzielung von Blutleere angegeben, welche die Nachteile der Esmarch'schen Gummibinde vermeiden sollen, doch sind diese Apparate kompliziert, so daß die Gummibinde allein zu allgemeiner Verwendung geeignet erscheint. Der Esmarch'sche Gummischlauch wird nur an der Wurzel der Extremitäten angewendet, da er sonst wegen der starken, auf eine Stelle beschränkten Konstriktion Nachteile bietet. Die Anlegung der Esmarch'schen Binde erfordert eine sorgfältige Technik, wenn Gefahren vermieden werden sollen. Die von der Peripherie gegen die Wurzel der Extremität geführte Umschnürung ist bei entzündlichen

Prozessen kontraindiziert, bei Verletzungen schwer durchführbar; diese Art der Konstriktion läßt sich umgehen, wenn man vor der zirkulären Umschnürung die Extremität in eine vertikale Position bringt. Man nimmt am besten eine 10 cm breite, nicht zu dicke, geschmeidige und weiche Binde. Die untersten Touren werden etwas lockerer angelegt und erst gegen die Mitte zu eine stärkere Konstriktion durchgeführt. Es muß eine Faltenbildung der Binde und ein Einrollen des Randes sorgfältig vermieden werden. Die Anlegung des Konstriktionsringes im mittleren Drittel des Oberarmes ist wegen der sonst gegebenen Schädigung des hier besonders exponierten N. radialis zu vermeiden. Die Konstriktion ist ausreichend, wenn der Puls an den peripheren Arterien unfehlbar wird. Bei der zirkulären Anlegung der Binde zur Stillung von Blutungen reicht eine nicht zu starke Konstriktion vollständig aus, und es muß namentlich an der oberen Extremität ein zu starkes Anziehen der Binde vermieden werden. Die künstliche Blutleere vor Operationen besitzt nur beschränkte Indikationen. Bei Arteriosklerose ist die künstliche Blutleere kontraindiziert, bei Amputation reicht in der Regel die digitale Kompression an der Wurzel der Extremität aus. Die Esmarch'sche Binde ist dort indiziert, wo eine besonders klare Uebersicht des Operationsfeldes erforderlich ist, z. B. bei Resektionen; ferner leistet die Binde sehr wertvolle Dienste, wenn keine Assistenz zur Verfügung steht. Jedenfalls darf man der Esmarch'schen Binde nicht die Gefahren zurechnen, die nur bei mangelhafter Applikationstechnik gegeben sind. (Sem. méd. 1912, Nr. 43. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Zur Prognose der progressiven Paralyse. Von Wilhelm Mayer (Aus der Psychiatrischen Klinik zu München). Die Untersuchungen des Verfassers befassen sich mit 298 Fällen der Münchner psychiatrischen Klinik (1904—1907). Nicht in die Betrachtung aufgenommen sind die juvenilen Paralysen. Verfasser versucht aus seinen Untersuchungen ein Urteil über die Prognose dieser Erkrankung zu gewinnen und festzustellen, was die noch überlebenden Fälle lehren. Es gelang, 255 von 298 Fällen bis zu ihrem Tode resp. bis zu ihrem jetzigen Zustand zu verfolgen. Von diesen 255 sind zur Zeit der Abfassung der Arbeit noch 20 am Leben. Unter den 298 Fällen ist das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Patienten wie 5 : 1, ein Prozentsatz, der dem anderer Statistiken aus öffentlichen Irrenanstalten entspricht. Auch in bezug auf das Verhältnis des Alters der Patienten fand Verfasser durchweg mit früheren Angaben Uebereinstimmendes. Auffallend unter den männlichen Kranken ist die starke Beteiligung von Beamten, Kaufleuten, Offizieren. Bei den weiblichen Patienten findet sich eine weit größere

Anzahl solcher aus niederen Berufen, besonders viel Kellnerinnen (Alkohol! leichtere Infektionsmöglichkeit!). Das Alter der weiblichen Patienten weicht insofern von dem der männlichen ab, als Verfasser fand, daß die Krankheit zwischen dem 20. und 25. Jahre häufiger ist, als bei Männern, daß ferner der übrigbleibende Teil mehr zwischen dem 50. und 55. Jahre erkrankt (Klimakterium?). Sehr auffallend ist der hohe Prozentsatz von Alkoholikern. Es fanden sich unter den männlichen Kranken 36%, unter den weiblichen 27%. Wenn man sich dabei auch erinnert, daß sich unter der nicht geisteskranken Großstadtbevölkerung ein hoher Prozentsatz von Alkoholikern befindet, so gibt diese Zahl doch zu denken, ob nicht der durch Alkohol geschwächte Organismus für die Schäden des luetischen Giftes sozusagen ein besserer Nährboden ist und ob nicht etwa beide Gifte vereint stärker wirken. Freilich ist es dabei oft zweifelhaft, was das Primäre ist: die Infektion und der vielleicht mit dem Erkrankungsprozeß erhöhte Alkoholgenuß oder die häufig im Rausch stattfindende Ansteckung. In 18 Fällen fand Verfasser die Angabe, daß dem Ausbruch der Paralyse ein Trauma vorausgegangen sein soll — es sind darunter sechs, bei denen die allerersten Symptome gleich nach dem Unfall eingesetzt haben sollen. Aber hier ist aus verschiedenen Gründen äußerste Vorsicht am Platze. Ferner sah Verfasser sieben Fälle, bei denen schon der Vater demselben Leiden erlegen war; eines Patienten Mutter war kurz vorher an Paralyse gestorben, und fünf Kranke weisen Geschwister oder andere nahe Familienangehörige mit Paralyse auf. Die Durchmusterung aller dieser Fälle gibt in Uebereinstimmung mit früheren Statistiken gar keinen Fingerzeig dafür, daß Trauma, Heredität oder Alkohol einen wesentlichen Einfluß auf die Dauer der Erkrankung hätten. Von den 298 Fällen bot die Mehrzahl (190 Fälle) das Bild der rein dementen Form. 67 Fälle gehören der expansiven, 16 der depressiven Form an. Sieben Fälle waren zirkulär (expansiv-depressiv), sechs gehörten zur agitierten, zwei zur deliriösen Gruppe, und zwölf Fälle waren Tabesparalysen. Bei der Verfolgung des weiteren Verlaufes mußte diese Prognose öfters geändert werden: es wurden ungefähr 20 Fälle von den ursprünglich rein dementen späterhin in die expansive Gruppe übertragen, und von den sechs agitierten verliefen nur vier so, daß diese Diagnose auch späterhin aufrechterhalten werden konnte; die anderen zwei mußten der klassischen Form beigefügt werden. Auf jeden Fall zeigt sich das Ueberwiegen der dementen Form. Diese Form bietet auch absolut und relativ die größte Zahl von paralytischen Anfällen. Kräpelin gibt sie in seinem Werk für die demente Form auf 40% an. Verfasser hat 48% berechnet. Zwei Fälle der agitierten Gruppe führten unter starken Erregungszuständen so rasch zum Tode, daß sie Verfasser der von Alzheimer

beschriebenen foudroyanten Form zurechnen möchte. Unter zwölf Fällen von Taboparalyse sind sechs, bei denen der tabische Prozeß schon jahrelang vor Ausbruch der Paralyse eingesetzt hatte; in einem Falle fünf Jahre vorher, im zweiten vier Jahre, im dritten drei Jahre, im vierten sechs Jahre vorher; der fünfte Patient wies schon zehn und der letzte sechs Jahre zuvor tabische Symptome auf. Drei Fälle sind noch am Leben: die Dauer von deren Erkrankung ist sechs, neun, zehn Jahre, und auch die übrigen neun Fälle dauerten im Durchschnitt sechs bis sieben Jahre, ein viel langsamerer Verlauf, als bei den anderen Formen. Ein Versuch, die einzelnen Gruppen der 298 Fälle nach ihrer Verlaufszeit zusammenzustellen, gab folgendes Ergebnis: für die expansive Form 28,8 Monate, für die demente Form 31,4 Monate, für die depressive Form 18 Monate, für die agitierte Form 13 Monate, für die expansiv-depressive Form 21 Monate. Das alles sind Mittelwerte, so daß sich in den einzelnen Formen solche mit zweimonatlicher Dauer und solche mit vier- bis fünfjähriger Dauer befinden. Die Angabe eines Todes an paralytischem Marasmus fand Verfasser bei 48 Kranken. Die Berechnung der mittleren Dauer dieser Fälle brachte das Resultat von 27,1 Monaten; die einzelnen Fälle schwankten dabei stark. Die Zahl der noch Lebenden betrug 20. Davon gehörten sieben dem weiblichen Geschlecht an. Neun von den 20 befinden sich zurzeit in einer Irrenanstalt, die übrigen sind zu Hause, teils in einer Beschäftigung, teils noch krank und bettlägerig. Verfasser führt die Krankengeschichten dieser 20 Fälle an. In den meisten war die Diagnose progressive Paralyse richtig. Fünf Fälle sind nicht geklärt. Möglicherweise handelt es sich bei den einen oder anderen von ihnen um eine Remission. Diese 20 Fälle verliefen viel langsamer als die anderen. Dabei ist bei keinem der Versuch einer therapeutischen Beeinflussung mit neueren Mitteln gemacht worden. Jedenfalls bedeutet das Ergebnis der Statistik: unter allen 255 Fällen nur fünf, bei denen die Annahme einer Fehldiagnose naheliegt, ein außerordentlich günstiges Resultat, zumal, wenn man berücksichtigt, daß die Hilfe der serologischen Untersuchung nur in ganz vereinzelten Fällen zur Verfügung stand.

(Inaug.-Dissert. München 1911. —

Allgem. med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 41.)

Die Entbindungs lähmung des Armes. Von F. Lange (Aus der kgl. Orthopädischen Universitäts-Poliklinik zu München). Verfasser's Ausführungen zeigen, daß wir den sogenannten Entbindungs lähmungen nicht mehr so machtlos gegenüberstehen, wie vor zehn Jahren. Das wichtigste Ergebnis seiner Untersuchungen sieht Verfasser darin, daß er den Nachweis geliefert hat, daß in 76,5% der Fälle — falls seine Zahlen allgemeine Gültigkeit haben — überhaupt

keine Lähmung besteht, und daß die vorhandenen Bewegungsbeschränkungen, vor allem die von allen Autoren beobachtete Einwärtsrotation des Armes, sich durch eine Distorsion des Schultergelenks erklärt. Diese Erkenntnis ist von der allergrößten Bedeutung für die Behandlung. Denn durch eine frühzeitig eingeleitete, diese Verhältnisse berücksichtigende Therapie lassen sich nicht nur die direkten Folgen der Distorsion, die Schrumpfung der vorderen Kapsel, sondern auch die viel verhängnisvolleren indirekten Folgen, der Nichtgebrauch des verletzten Armes und die schwere, regelmäßig beobachtete Inaktivitätsatrophie und Verkürzung des ganzen Armes vermeiden. Kommt das Kind erst in Behandlung, wenn bereits eine starke Schrumpfung der Gelenkkapsel eingetreten ist, so ist bei jüngeren Kindern im ersten und vielleicht auch noch im zweiten Jahre durch das unblutige Redressement die Möglichkeit geboten, die Kontraktur und die dadurch bedingten Bewegungsbeschränkungen zu beseitigen. Bei älteren Kindern, bei denen die Kapsel stark verkürzt und sehr hart ist, ist die Osteotomie des Humerus in der Mitte und Auswärtsdrehung des unteren Fragmentes zu machen, um die durch die starre Einwärtsrotation beschränkte Gebrauchsfähigkeit des Armes zu bessern. Handelt es sich um eine wirkliche Lähmung (in Verfasser's Fällen waren es 23,5%), so ist im ersten Lebensjahre die Freilegung des Plexus angezeigt und der Versuch zu machen, die Ursache der Lähmung zu beseitigen. (Beseitigung von einschnürendem Narbengewebe, Naht von zerrissenen Nerven usw.) Bei älteren Kindern, bei denen eine völlige fettige Degeneration der Muskeln den Untergang des Nervenapparates anzeigt, kann eine Sehnenverpflanzung noch erhebliche Besserungen in der Gebrauchsfähigkeit des Armes bringen. Das „Gehenlassen“, das bisher auf dem Gebiete der Entbindungslähmung üblich war, ist heute nicht mehr zu rechtfertigen und zu verzeihen. Die Diagnose, ob Distorsion, ob Epiphysenlösung oder ob eine wirkliche Lähmung vorliegt, frühzeitig zu stellen und dann sofort die entsprechende Therapie einzuleiten, ist heute Pflicht des Arztes. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 16.)

Rheumatismen.

Die Erfolge der Behandlung des Gelenkrheumatismus und rheumatischer Erkrankungen mit Ervasin. Von Dr. Richter (Krankenhaus der grauen Schwestern in Liegnitz). Verfasser hat Ervasin (Azetylkretosinsäure; Firma Goedecke & Co. in Leipzig) schätzen gelernt. Er schließt seine Arbeit mit den Worten: „Der Temperaturabfall setzte meist eine bis zwei Stunden nach der ersten Darreichung ein; alsbald trat auch das Gefühl der Erleichterung (nicht Schwäche, wie bei vielen Antipyreticis) auf. Der Appetit war gewöhnlich ein guter, der Schlaf meistens ein ruhiger, profuse

Schweiße traten gar nicht, eine sehr geringe Schweißbildung auch nur gelegentlich auf. Ein Wiederanstieg der Temperatur erfolgte meistens erst am zweitnächsten Tage. Schüttelfrost wurde nach Erfolg der Darreichung des Ervasins niemals beobachtet. Die Einwirkung auf die Schmerzen trat prompt $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunde nach Darreichung ein, das Hitzegefühl im Kopf und die Kopfschmerzen schwanden bald. Eine unangenehme Einwirkung auf das Herz, den Magen, die Nieren und den Darm wurde in keinem einzigen Falle festgestellt. Auch die Entstehung von Endokarditiden wurde im Verlaufe der Ervasindarreichung nicht beobachtet. Die Patienten, die zum Teil schon mit Azetylsalizylsäure behandelt worden waren, nahmen das Ervasin mit Vorliebe, weil sie durch Ervasin eine raschere schmerzstillende Wirkung erzielten. Allem Anschein nach übertrifft das Ervasin die Azetylsalizylsäure sogar in ihrer Gesamtwirkung, besonders wenn man seine noch größere Unschädlichkeit mit in Betracht zieht. Meine Beobachtungen rechtfertigen das Ervasin als ein ganz hervorragendes, zurzeit — anscheinend — als unser bestes Antirheumatikum, Antineuralgikum und Antifebrile zu charakterisieren, dessen Erscheinen wir um so mehr begrüßen können, als es dazu dienen kann, dem immer mehr überhand nehmenden kritiklosen Selbstkurieren des Publikums, das häufig von den schlimmsten gesundheitlichen Schädigungen gefolgt ist, Einhalt zu tun. Schon darum wird der Aertzewelt der langerwünschte Ersatz für die Azetylsalizylsäure sehr willkommen sein; um so willkommener, als die Resultate mit Ervasin zweifellos ausgezeichnete sind. “

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 38.)

Erfahrungen mit Melubrin bei akutem Gelenkrheumatismus. Von Stabsarzt Dr. S a a r (Aus dem Garnisonslazarett I in Berlin). Das neue Antirheumaticum Melubrin wirkt in Fällen von akutem Gelenkrheumatismus in der großen Mehrzahl der Fälle prompt heilend auf die Gelenkschwellungen, Schmerzen und das Fieber ein, beeinflußt Herz und Nieren nicht ungünstig und greift den Magen nicht an. Salizylrefraktäre Fälle von akutem Gelenkrheumatismus sowie rheumatische Hautaffektionen, bei denen Salizylpräparate erfahrungsgemäß häufig versagen, werden seine Anwendung in erster Linie fordern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 52.)

Ueber die Beziehungen zwischen Magensekretion und rheumatischer Arthritis. Von A. S. Woodward und R. L. Mackenzie Wallis. Die Beziehungen zwischen Arthritis rheumatica und septischen Herden, namentlich Mundhöhlensepsis, ist fast allgemein anerkannt. Es bleibt die Erklärung notwendig, warum unter sonst

gleichen Bedingungen Arthritis rheumatica vorhanden sein oder fehlen kann. Es ist denkbar, daß hier das Verhalten der Salzsäure im Magensaft von wesentlicher Bedeutung ist, und es wurde in zehn Fällen von chronischer Arthritis rheumatica das Verhalten der Magensaftsekretion nach Darreichung der Ewald'schen Probemahlzeit aus Zwieback und dünnem Tee untersucht. In fast allen Fällen war der Gehalt an freier Salzsäure und die digestive Fähigkeit des Magensaftes deutlich herabgesetzt und in einzelnen Fällen auf Null reduziert, so daß das Verhalten dem Befunde bei Magenkarzinom entsprach, welches aber mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Durch diesen Befund erklärt sich auch die Häufigkeit der Dyspepsie bei Arthritis rheumatica, und es lassen sich daraus auch Gesichtspunkte für die Therapie gewinnen. Durch Darreichung einer 0,3 g Salzsäure, je 1,2 g Pepsin und Tinctura Quillariae, einen Tropfen Nelkenöl in Aqua anisi enthaltenden Mischung wurde Besserung der Dyspepsie und Besserung, resp. Verschwinden der Gelenkschmerzen erzielt, während die Schwellung der Gelenke unbeeinflusst blieb. Die sonstige Behandlung bestand in interner Darreichung von Jodkalium, Guajakolkarbonat mit Lebertran, lokaler Applikation von Einreibungen, Heißluftbädern und Elektrizität, sowie Entfernung kariöser Zähne. Die Magenbefunde bei chronischer Arthritis rheumatica zeigen eine Analogie mit den Befunden bei chronischer Gastritis, Achylia gastrica, Anämie, chronischer Lungenschwindsucht und bestimmten Formen chronischer Dyspepsie. Nur ein Fall zeigte hinsichtlich der Magensaftsekretion abweichendes Verhalten. Charakteristisch ist für die große Mehrzahl der Fälle die Verminderung der freien Salzsäure und die auf einen Neutralisationsprozeß hinweisende Vermehrung der Chloride. Die in einzelnen Fällen konstatierten Abweichungen, bzw. das normale Verhalten der Magensaftsekretion lassen sich noch nicht in befriedigender Weise erklären. Die Aehnlichkeit des Magensaftbefundes bei Arthritis rheumatica mit dem Befund bei Magenkarzinom läßt auf bestimmte anatomische Veränderungen des Magens schließen.

(The Lancet, 5. Oktober 1912. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 51.)

Scarlatina.

Ueber die Behandlung der Scarlatina mit polyvalentem Antistreptokokkenserum nach Moser. Von O. Szekeres (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Budapest). Das Moser'sche Scarlatinaserum bewirkte in der vorgeschriebenen Menge von 200 ccm, spätestens am vierten Tage appliziert, in den meisten Fällen eine auffallende, in allen Fällen eine nachweisbare Besserung. Die Wirkung war hauptsächlich antitoxischer Natur und bestand im Verschwinden der zerebralen, nervösen Erscheinungen, im plötzlichen

Sinken der Temperatur und dem Kräftigerwerden der Herztätigkeit. Weniger auffallend ist die Wirkung auf die Rachennekrose und den Nasenfluß; nicht nachweisbar ist sie auf Komplikationen, die Dauer der Krankheit und den Verlauf der Desquamation. Die prophylaktischen Injektionen mit 15—20 ccm Serum bestärken, ja überflügeln in einem gewissen Maße die Resultate von Moser, indem nur zweimal nach der prophylaktischen Injektion Scharlachinfektion vorkam. (Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 24.)

Ueber Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen. Von Lenzmann (Aus dem Diakonenkrankenhaus in Duisburg). L. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Behandlung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen, bzw. auch subkutane Infusionen starker Verdünnungen des Mittels übt einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung aus. 2. Vor allem ist auf Grund der oben angeführten Beobachtungen die Annahme berechtigt, daß gefährliche Komplikationen verhütet werden. 3. Bei vorsichtiger Dosierung ist die Behandlung gefahrlos. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 12.)

Die Diät beim Scharlach. Von Brückner (Aus der Inneren Abteilung der Kinderheilanstalt in Dresden). B. hat seit dem 1. Januar 1911 allen Kranken der Scharlachabteilung die gewöhnliche gemischte Krankenkost ohne jede Einschränkung reichen lassen. Bei schwererem initialen Allgemeinbefinden oder Diphtheroid bekamen die Kinder natürlich auch vorwiegend Milch, da sie ihnen in diesem Zustand am leichtesten beizubringen ist. Bei Abneigung dagegen und stark darniederliegendem Appetit hat B. auch in diesen Fällen von Bouillon mit Einlage, Ei, namentlich aber von frisch ausgepreßtem Fleischsaft ausgiebigen Gebrauch gemacht, dabei immer auf reichliche Wasserzufuhr, unter Umständen mittels eines Tröpfcheneinlaufes, gehalten. Mit gemischter Kost wurden ernährt und bis zum vollständigen Abschluß ihrer Krankheit beobachtet 93 Kinder. Von ihnen bekamen zwei eine Nephritis. In den Jahren 1907 bis 1910 hat B. während der ersten drei Wochen eine moderierte Milchdiät einhalten lassen, bestehend aus Milch und verschiedenen Zusätzen je nach dem Geschmack, Gebäck, trockenem und grünem Gemüse, Obstsuppen unter Ausschluß von Fleisch und Bouillon. Von 148 auf diese Art ernährten Kindern bekamen fünf eine Nephritis. In den beiden vorhergegangenen Jahren wurden von B.'s Vorgänger Fritz Förster 73 Kinder mit allerstrengster Milchdiät behandelt. Von ihnen bekamen zwei eine Nephritis. Es war B. eine Genugtuung und ermutigte ihn, auf dem eingeschlagenen Wege fortzufahren, als ihm die Arbeit von Popischill und Weiß über

das zweite Kranksein beim Scharlach in die Hände kam. Diese Autoren haben den gleichen Versuch an einem imponierend großen Material, nämlich an rund 2400 Kindern durchgeführt, von denen die eine Hälfte mit Milch, die andere gemischt ernährt wurde. In beiden Serien betrug die Häufigkeit der Nephritis knapp 10%. B.'s Zahlen an sich sind zu klein, um zu weitgehenden Schlüssen zu berechnen. Aber ihre Uebereinstimmung mit den oben erwähnten rechtfertigt wohl die Mitteilung. Nach alledem meint B., daß die Milchdiät beim Scharlach eine liebe alte Gewohnheit ist, die wir ohne Schaden für unsere Kranken aufgeben dürfen.

(Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 34.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Ein Fall von unstillbarem Erbrechen bei Retroversio uteri puerperalis. Von Dr. Max Sperling, St. Elisabeth - Krankenhaus Königsberg i. P. Frau Ge., Beamtenfrau, 23 Jahre alt. Erbliche Krankheiten sind in der Familie nicht vorhanden. Die Patientin hat in der Kindheit Morbillen durchgemacht, später ist sie stets bleichsüchtig gewesen. Vom 16. Lebensjahre ab ist sie stets regelmäßig in vierwöchigen Intervallen bei zwei- bis dreitägiger schmerzloser Blutung menstruiert worden. Mitte Dezember 1911 blieb die Menstruation aus. Patientin, die seit Oktober 1911 verheiratet war, nahm an, daß sie in anderer Lage wäre. Irgendwelche Schwangerschaftsbeschwerden traten aber zunächst nicht auf. Erst nach dem dritten Schwangerschaftsmonate setzt allmählich sich steigend Schwangerschaftserbrechen ein. Die Gravida vermag aber noch immer etwas Speise bei sich zu behalten. Am 8. Mai 1912 tritt spontan Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Anscheinend verlief die Entbindung ohne Komplikationen. Das Erbrechen verringerte sich etwas, doch trat es noch täglich auf. Drei Wochen nach der Fehlgeburt, für die eine Aetiologie nicht zu eruieren war, wurde Patientin von einer starken Uterusblutung überrascht. Wegen dieser Spätblutung wird am 29. Mai 1912 von anderer Seite eine Kurettage des Uterus vorgenommen. Danach steht die Blutung. Das Erbrechen sistiert zunächst vollständig. Sobald Frau G. aber das Bett verlassen hat — sechs Tage nach der Auskratzung — tritt leichtes Erbrechen am Morgen fast täglich wieder auf. Die Menstruation bleibt völlig aus und ist bis heute (20. November 1912) nicht aufgetreten. Mitte September 1912 tritt ziemlich plötzlich eine wesentliche Verschlechterung des Zustandes ein. Frau G. vermag von nun ab überhaupt keinerlei Nahrung mehr bei sich zu behalten. Das Erbrechen ist als „unstillbar“ zu bezeichnen, der Kräfteverfall ist ein rapider. Anfangs Oktober 1912 wurde die Patientin auf die innere Station des St. Elisabeth-Krankenhauses aufgenommen, und es wurde dort festgestellt,

daß eine innere organische Erkrankung nicht vorliegt. Die Patientin wird durch Nährklystiere am Leben erhalten und nach wenigen Tagen der gynäkologischen Station des Krankenhauses überwiesen. Hier wird folgender Befund aufgenommen: Der Ernährungszustand ist höchst dürftig. Die Konstitution ist im ganzen sehr zart. Knochenbau grazil. Muskulatur wenig ausgebildet. Das Abdomen ist eingesunken, das Hypogastrium auf Druck nirgends empfindlich. Die Parametrien sind frei, die Adnexe nicht deutlich fühlbar, auf bimanuellen Druck nicht schmerzhaft. Der Uterus liegt retrovertiert, er ist verkleinert, seine Muskulatur schlaff. Auch der Uterus ist auf bimanuellen Druck nicht empfindlich, er ist gut mobil und läßt sich leicht aufrichten. Die Sondenmessung ergibt eine Verkürzung um $1\frac{1}{2}$ cm. Die Schleimhaut der Portio und Vagina ist leicht katarhalisch injiziert. Im Zervikalkanal ist ein Schleimpfropf. Die Temperatur war stets normal. Diagnose: Hyperinvolutio et Retroversio uteri. Zervikalkatarrh. Am 12. Oktober wurde eine leichte Kurettage des Endometriums ausgeführt. Die Schleimhaut ist völlig glatt, nicht aufgelockert. Es werden mit der Kurette keinerlei Eireste herausbefördert. Unmittelbar nach dem Eingriff wird die Patientin in ruhige Rückenlage gebracht und es werden Eisumschläge auf das Hypogastrium appliziert. Nach der Kurettage kommt ein Brechakt überhaupt nicht mehr zustande. Zunächst wird die Ernährung per rectum noch fortgesetzt. Als die Uebelkeit, die sich noch zwei Tage nach dem Eingriff bemerkbar machte, geschwunden war, wurde neben den Nährklystieren etwas flüssige Nahrung per os verabreicht. Es tritt keinerlei Neigung zum Erbrechen auf, und am sechsten Tage p. op. wird kompakte Speise (Taubenfleisch) verabfolgt. Auch dies wird gut vertragen, und die Nährklystiere werden daher vom achten Tage ab ausgesetzt. Am 15. Tage p. op. wird Patientin geheilt entlassen. Der Befund kurz vor der Entlassung war folgender: Der Allgemeinzustand hatte sich sehr gehoben. Die Gesichtsfarbe frisch. Der Uterus liegt ziemlich gut anteflektiert, etwas gestreckt. Der Muskeltonus desselben ist wiederhergestellt. Die Verkürzung ist noch etwas verstärkt. Parametrium und Perimetrium sind frei und druckempfindlich. — Es handelt sich also um eine Hyperemesis gravidarum. Das Erbrechen beginnt erst nach dem dritten Schwangerschaftsmonat und verstärkt sich allmählich. Nach der Ausleerung der Gebärmutter schwindet es nicht, sondern besteht zunächst im verringerten Maße fort. Drei bis vier Monate nach der Fehlgeburt tritt dann plötzlich eine Steigerung des Erbrechens bis zur Unstillbarkeit ein. Ob zur Zeit der ersten Auskratzung, die wegen einer Nachblutung ausgeführt wurde, eine Verlagerung des Uterus bestand, ließ sich leider nicht mehr feststellen. Kreuzschmerzen oder andere Unterleibsbeschwerden haben niemals bestanden. Das einzige Symptom einer Funktionsstörung

der Sexualorgane war die seit der Spätblutung bestehende Amenorrhoe. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß das unstillbare Erbrechen — als Steigerung des Erbrechens inter graviditatem et post abortum — in ursächlichem Zusammenhange stand mit der Lageveränderung und Hyperinvolution des Uterus. Dabei war keinerlei perimetritische oder peritonitische Reizung nachweisbar. Auch nach der ersten Kurettage soll keinerlei Schmerzhaftigkeit oder Temperatursteigerung aufgetreten sein. Zwar sind ja die Fälle nicht so selten, in denen auch nach der Entleerung des Uterus das „Schwangerschaftserbrechen“ (cum grano salis) noch einige Zeit anhält und allmählich ausklingt. Ebenso gehört es nicht zu den ganz sporadischen Erscheinungen, daß Lageveränderungen der Gebärmutter, meist allerdings in Verbindung mit leichten perimetritischen Reizzuständen oder mit besonders ausgeprägter allgemeiner Sensibilität, leichtes reflektorisches Erbrechen hervorrufen. Das Auffallende ist jedoch der scharfe Gegensatz zwischen den geringfügigen pathologischen Veränderungen an den Unterleibsorganen und dem monatelangen, zuletzt ganz plötzlich bis zur Unstillbarkeit gesteigerten Erbrechen. Ebenso bemerkenswert ist das plötzliche Verschwinden jener Brechneigung, nachdem durch leichte Kurettage der Tonus der Uterusmuskulatur wiederhergestellt und der Uterus in die normale Haltung übergegangen war. Mit der Theorie, die das Schwangerschaftserbrechen (bzw. dessen Fortsetzung im Puerperium) als eine Intoxikationserscheinung des mütterlichen Organismus ansieht, läßt sich dieser Fall wohl nicht in Einklang bringen. Die plötzliche Steigerung bis zur Unstillbarkeit vier bis fünf Monate nach dem Abort fände wohl schwer in dieser Theorie eine Erklärung. Auch erscheint es an sich schon etwas gekünstelt, ein derartig lange andauerndes Erbrechen auf eine Nachwirkung einer Graviditätsintoxikation zurückführen zu wollen. Vielmehr scheint durch den Fall die Auffassung an Boden zu gewinnen, die in diesem Erbrechen einen reflektorischen Vorgang durch Vermittlung des Plexus sympathicus erblickt. Symptome, die für irgendwelche Störungen des zentralen oder peripheren Nervensystems sprachen, waren nicht da. Speziell war nicht der geringste Anhalt dafür vorhanden, daß es sich um eine Hysterie handeln könnte. Die Frau machte während einer längeren Beobachtungszeit einen durchaus „verständigen“ Eindruck. Immerhin war die ganze Konstitution eine auffallend zarte, und es ist von diesem Gesichtspunkt aus der Schluß vielleicht berechtigt, daß, gleich wie das äußerst grazile Knochen- und fast infantile Muskelsystem so auch das Nervensystem (speziell das sympathische) nicht auf der Höhe normaler Widerstandsfähigkeit stand.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1913 Nr. 2.)

Totalgangrän der Mamma als Teilerscheinung puerperaler Sepsis. Von Dr. Bamberger in Kronach. Anamnese: Die 26jährige II.-para St. hatte, wie Verfasser als Konsiliarius von dem behandelnden Kollegen erfuhr, am 1. Dezember ohne ärztliche Hilfe entbunden. Bald darauf trat jedoch höheres Fieber ein, das mangels jeder anderen Aetiologie als Puerperalfieber zu deuten war, so daß auch das Kind nicht zum Stillen angelegt wurde. Trotzdem trat unter Fortdauer des Fiebers und starker Schmerzhaftigkeit eine starke Anschwellung der linken Mamma ein. Am 15. Dezember wurde am unteren äußeren Quadranten der linken Mamma eine 6 cm große radiäre Inzision angelegt, aus der sich aber wider Erwarten kein Eiter, sondern leicht trüb-seröse Flüssigkeit in geringer Menge entleerte. Als Verfasser am 18. Dezember gemeinsam mit dem Kollegen die Kranke sah, konnte er folgenden Status praesens erheben: Zarte, hochfiebernde Frau mit großer Unruhe und lebhafter Atemnot, jagende Respiration mit Nasenflügelatmen, Puls klein, weich, 120 in einer Minute, Töne etwas leise, anscheinend rein, soweit bei der stürmischen Atmung ein Urteil überhaupt möglich ist, leicht arhythmisch, äqual, keine deutlichen Erscheinungen einer septischen Endokarditis, Uterus im kleinen Becken, linkes Parametrium ein wenig druckempfindlich, sonst kein Befund. Die ganze linke Mammagegend ist tiefblauschwarz verfärbt, druckempfindlich, das Gewebe schlaff, weich, aus der oben erwähnten Inzision entleert sich eine geringe Menge leicht trüb-seröser Flüssigkeit, kein Eiter, nirgends Fluktuation nachweisbar. Nach dem Gesamtbilde lag also zweifellos eine puerperale Sepsis mit Totalgangrän der linken Mamma vor, deren Quelle bzw. Ausgangspunkt der Uterus, vermutlich die Plazentarestelle bildete, jedenfalls fehlte jeder sichere klinische Anhaltspunkt für eine primäre septische Endokarditis als Ausgangspunkt. Die Frage, ob es sich um eine Embolie der Art. mammar. handelte, etwa ausgehend von einer primären Thrombose der Art. uterina, oder um eine primäre Erkrankung der Art. mammar. selbst, konnte umsomehr zugunsten der obigen Annahme entschieden werden, als das Kind wegen des Fiebers der Mutter nicht angelegt worden war, also jeder äußere Anlaß für eine Mamillenverletzung als Eintrittspforte fehlte, auch sprach der plötzliche Beginn der Gangräsymptome für Embolie. Wenn es ja auch klar war, daß die Ablatio mammae die Prognose der schweren Sepsis nicht bessern konnte, so war dieser Eingriff doch mit Rücksicht auf die heftigen örtlichen Beschwerden geboten. Eine Narkose war bei dem schlechten Allgemeinbefinden ausgeschlossen, die Assistenz dem Kollegen nur mit der linken Hand möglich, da er wenige Stunden vorher eine rechtsseitige Radiusfraktur erlitten hatte. Mit wenigen raschen Messerzügen konnte Verfasser die ganze gangränöse linke Mamma bis tief in die Muskulatur abtragen, ohne daß

ein spritzendes Gefäß gefaßt werden mußte; erst als er an den inneren Quadranten bis nahe an die Mittellinie kam, mußte ein Schieber angelegt werden, es bestand also offenbar eine Obstruktion im arteriellen und venösen System der linken Mamma, die, wie das Präparat zeigte, keinen Abszeß enthielt. Verfasser hat die Patientin nicht mehr gesehen, nach Mitteilung des Kollegen, der wegen Fortschreitens der Gangrän gegen die Mittellinie und Faszieneiterung nach zwei Tagen noch eine Inzision durch seinen Vertreter machen ließ, trat sechs Tage später unter Fortdauer der septischen Allgemeinerscheinungen der Tod infolge Erschöpfung ein. — Jedenfalls zeigt auch dieser Fall einer leichten spontanen Geburt die schlechte Prognose der puerperalen Gangrän wieder, von den davon befallenen Frauen starben $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$; die Therapie ist, abgesehen von der Prophylaxe, trotz Herztonica und Streptokokkenseris bis jetzt nahezu machtlos. Für den Weg, den im vorliegenden Falle die Embolie gegangen sein mag, wäre vielleicht darauf hinzuweisen, daß für die stärkere Entwicklung der Mamma in der Schwangerschaft von manchen Seiten die arteriellen Anastomosen als mitbedingende Ursache betrachtet werden, welche die Art. mammar. ext. in letzter Linie mit der Art. uterinae durch Vermittlung der Aa. epigastrica super. und infer. eingehen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 49.)

Sepsis, Pyämie.

Kollargol bei Sepsis. Von Prof. Dr. W. K a u s c h (Auguste-Viktoria-Krankenhaus Schöneberg-Berlin). Die Versuche bei septischer Infektion haben folgendes ergeben:

1. Das Kollargol beseitigt, intravenös injiziert, septisches Fieber mit allen seinen Nebenerscheinungen. Diese Wirkung ist so sicher, daß man, wenn nach Kollargol keine günstige Wirkung eintritt, das Bestehen von virulenten Eiterherden annehmen kann.

2. Das Kollargol wirkt nicht nur bei rein septischen Prozessen, sondern auch bei pyämischen, bei denen trotz Freilegung des oder der Eiterherde die Temperatur erhöht bleibt. Verfasser hatte dies ganz eklatant in zwei Fällen von operiertem Empyem und einem Fall von Ohrpyämie mit inzidierten Fußgelenkmetastase erlebt.

3. Treten von neuem septische Erscheinungen auf, so wird die Kollargolinjektion wiederholt. Dies kann beliebig oft geschehen.

4. Die gewöhnliche Dosis beträgt nach der Schwere und Dauer des Falles für Erwachsene 10—25 ccm der 2%igen Lösung. In sehr schweren Fällen kann man bis 50 und selbst 100 ccm injizieren, falls nur die Injektion unter allen Kautelen und ganz langsam vorgenommen wird. Verfasser gebraucht allein zum Einfließen in die Vene bei 10 ccm mindestens drei, bei 50 ccm zehn, bei 100 ccm fünfzehn

Minuten. Auf das langsame Einfließen und auf die großen Dosen legt Verfasser das größte Gewicht.

Verfasser beabsichtigt nicht, sich heute auf die Erklärung der Kollargolwirkung einzulassen. Ihm scheint nach seinen bisherigen Erfahrungen, als ob am günstigsten die Streptokokkensepsis beeinflußt wird, besonders Abort- und Puerperalfieber. Verfasser wendet das Kollargol hier an, wenn trotz erfolgter Ausräumung die Temperatursteigerung bestehen bleibt oder nach erfolgtem Abfall wiederkehrt, auch wenn lokale Druckempfindlichkeit und Zeichen der Infiltratbildung bestehen. Doch wirkt Kollargol auch ausgezeichnet bei allgemeiner Infektion durch andere Erreger, Staphylokokken, *Bacterium coli* etc. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Syphilis.

Schwere Arsenikvergiftung nach Salvarsaninfusion. Von Marine-Stabsarzt Dr. Eichler. Es handelt sich um eine durch 0,5 g Salvarsan hervorgerufene akute Arsenikvergiftung, da die zahlreichen mit grünlichen Schleimflocken vermischten Stühle, das unstillbare Erbrechen, der scharlachartige Hautausschlag, die schwere akute Nierenentzündung und die Gehirnsymptome sämtlich für akute Arsenikvergiftung charakteristisch sind. Diese Erscheinungen einem Wasserfehler zur Last zu legen, zumal ein anderer Kranker ohne jegliche Folgezustände mit demselben Destillat intravenös gleichzeitig behandelt wurde, hält Verfasser für ausgeschlossen. Der Kranke hatte sieben Tage vorher 0,4 g Salvarsan ohne jegliche Reaktion vertragen. 0,5 g Salvarsan, sieben Tage später verabfolgt, rufen die schwersten Vergiftungserscheinungen hervor, die zwei Tage lang das Leben des Kranken ernstlich gefährdeten. Von einer Idiosynkrasie gegen Salvarsan, die nach Zieler aufzufassen ist als das Zeichen einer Giftwirkung, allerdings infolge einer abnorm gesteigerten Giftempfindlichkeit des betreffenden Individuums, kann auch wohl kaum gesprochen werden, da ja 0,4 g Salvarsan erscheinungslos vertragen wurden. Wechselmann hat auf der Karlsruher Tagung deutscher Naturforscher und Aerzte (1911) betont, daß er „Ueberempfindlichkeitserscheinungen“ besonders häufig beobachtet habe, wenn er die Salvarsaninjektionen innerhalb der ersten acht bis zehn Tage wiederholt habe, und daß die gleichen Erscheinungen nicht eingetreten seien bei größeren Pausen, etwa zwei bis vier Wochen zwischen den einzelnen Injektionen. In Verfassers Falle wurde die Infusion nach sieben Tagen bereits wiederholt, und erst nach der zweiten Infusion traten die Vergiftungserscheinungen auf, was für die Ansicht Wechselmann's sprechen würde. Die schweren Vergiftungserscheinungen können aber doch kaum als Ueberempfindlichkeitserscheinungen bezeichnet werden. Verfassers Ansicht nach

ist die Vergiftung in diesem Falle hervorgerufen worden durch eine Kumulation des Arsens, das ja für längere Zeit in der Leber zurückgehalten werden kann und nicht schnell ausgeschieden zu werden braucht. Vielleicht hat auch noch der Umstand dazu beigetragen, das Krankheitsbild zu verschlimmern, daß der Kranke sich am Tage der Infusion nicht wohl fühlte und Fiebergefühl hatte, was er aber erst nach der Infusion mitteilte. Nach G e n n e r i c h bildet ja die geringste Störung im Wohlbefinden eine Gegenindikation für die Salvarsanbehandlung an dem betreffenden Tage, da in diesem Falle die Reaktionserscheinungen besonders heftige sind. Hätte Verfasser von dem Unwohlsein des Mannes vorher Kenntnis gehabt, so würde er ihm die Infusion an diesem Tage nicht verabfolgt haben. Der Fall zeigt, daß man nach Gaben von 0,5 g Salvarsan schwere Vergiftungserscheinungen erleben kann, auch wenn vorher 0,4 g reaktionslos vertragen worden sind. Salvarsan sollte daher nur in einer Klinik oder einem Krankenhause, wo der Patient unter dauernder Aufsicht ist, verabfolgt werden, da man vor unangenehmen Ueberaschungen niemals sicher sein kann.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 52.)

Dauer der Kontagiosität der Syphilis und Ehekonsens im Lichte der neuen Forschung. Von Prof. Erich Hoffmann (Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn). Auf Grund unserer heutigen Kenntnisse werden wir über die Dauer der Kontagiosität und Erteilung des Ehekonsenses folgendes sagen können. Bei nur mit Quecksilber (und Jod) behandelten Fällen verdienen die tardiven Sekundärsyphilide, die viele Jahre nach der Ansteckung auftreten können und deren Kontagiosität durch den Befund lebender Spirochäten und durch gelungene Impfung gesichert ist, besondere Beachtung. Glücklicherweise werden sie durch Salvarsan gut beeinflußt und durch eine energische Hg-Salvarsankur schnell und oft wohl auch endgültig beseitigt. Die im Tierexperiment nachgewiesene Infektiosität der tertiären Syphilide hat für die Praxis keine so große Bedeutung, wie es zunächst scheint, da die Bedingungen, unter denen die Uebertragung gelingt, beim Verkehr von Mensch zu Mensch fast nie erfüllt sind. Die Ansteckungsfähigkeit des Samens scheint nach den bisherigen Experimenten keine große Rolle zu spielen. Eine spermatogene Syphilis der Frucht ohne Erkrankung der Mutter ist nicht erwiesen; Mütter kongenital-syphilitischer Kinder sind vielmehr stets als krank anzusehen und zu behandeln. Daß auch während der Latenzperioden im sekundären Stadium (Frühlatenz) Infektionen vorkommen, ist durch klinische Beobachtungen und Spirochätenbefunde, z. B. auf den Tonsillen, erwiesen. Die Wa. R. beantwortet die Frage nach der

Kontagiosität nicht; denn sie ist außer im Primärstadium auch in der Frühlatenz und in behandelten Fällen selbst beim Auftreten infektiöser Rezidive nicht selten negativ, während sie bei alten, erfahrungsgemäß nicht mehr ansteckenden Fällen oft lange oder dauernd positiv bleibt. Daher kann sie für die Erteilung des Ehekonsenses nicht maßgebend sein. Hierfür gilt vielmehr die aus der ärztlichen Erfahrung gewonnene Ehregel, wonach Patienten, die fünf bis sechs Hg-Kuren durchgeführt haben und während der letzten ein bis zwei Jahre von Erscheinungen frei geblieben sind, drei bis fünf Jahre nach der Infektion heiraten dürfen. Besondere Vorsicht ist bei syphilitischen Frauen notwendig, da der Uebergang der Spirochäte auf die Frucht auch beim Vorhandensein geringer Krankheitsreste möglich ist; hier ist deshalb die positive Wa. R. bedeutungsvoller und muß stets Anlaß zu energischer spezifischer Behandlung während der Gravidität geben. Die Erfolge starker Salvarsan-Hg-Kuren versprechen größere Sicherheit und nicht selten frühzeitige völlige Heilung. Da aber während der Frühlatenz auch nach solchen Kuren einzelne Infektionen in der Ehe bereits beobachtet worden sind, ist ein Abweichen von obiger Regel nicht anzuraten und eine Wartezeit von drei Jahren einstweilen empfehlenswert. Männliche Syphilitiker mit positiver Wa. R., die den Anforderungen obiger Regel genügen, von der Ehe auszuschließen, haben wir kein Recht; indessen werden wir auch bei ihnen durch eine oder mehrere kräftige Hg-Salvarsankuren den oft von Erfolg gekrönten Versuch machen, den Umschlag der Reaktion zu erreichen; selbst wenn das nicht gelingt, halte ich derartige Kuren für nützlich. So bleiben wir trotz aller Fortschritte zunächst bei der alten Ehregel, nur daß wir hoffen dürfen, an Stelle von fünf bis sechs Hg-Kuren künftig mit zwei bis drei starken Hg-Salvarsankuren auszukommen. Wie weit bei gelungener Abortivheilung (also nach einer derartigen Kur) die Wartezeit verkürzt werden darf, kann erst die weitere Erfahrung lehren. Schließlich ist noch eine Frage zu erörtern. Blaschko hat kürzlich die Ansicht vertreten, daß der Arzt bei Erteilung der Heiraterlaubnis nur Gutachter sein und nach Darlegung der Verhältnisse dem Patienten selbst die Entscheidung überlassen solle, ob er heiraten dürfe oder nicht. Dieser Standpunkt ist gewiß sehr bequem, aber der Patient sucht bei uns einen durch unsere Sachkenntnis und Erfahrung begründeten Rat und darf ihn auch erwarten. Natürlich gibt auch Verfasser keine bestimmte Garantie, immerhin aber übernimmt er doch soweit die Verantwortung, daß er bei Einhaltung der oben genannten Zeiten und Bedingungen den Eintritt einer Infektion nach menschlichem Ermessen und ärztlicher Erfahrung für höchst unwahrscheinlich erklärt. Damit ist dem Hilfesuchenden eine große

Gewissenslast abgenommen und soviel Sicherheit gegeben, als im menschlichen Leben nötig und möglich ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 1.)

Tabes.

Hématémèses tabétiques et fausses hématémèses tabétiques. Par M. Dalle. Verfasser faßt die Hauptergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Gruppe der Hämatemesen mit sogenannten tabischen gastrischen Krisen bildet kein homogenes Ganzes. Die Autoren, die bis in die letzten Jahre hinein diese Frage studiert haben, haben in Wirklichkeit unter dieser Rubrik Bluterbrechen verschiedenster Herkunft durcheinander geworfen. Vom Standpunkt der Klinik, der pathologischen Anatomie, der Prognose und der Therapie aus muß man die echten und die falschen tabischen Hämatemesen unterscheiden.

2. Die echten tabischen Hämatemesen sind wenig reichhaltig, weil für gewöhnlich die zutage geförderte Menge nur einige Kubikzentimeter beträgt. Sie bestehen meist aus schwarzem, zum Teil verdaulichem Blut von kaffeesatzartigem Aussehen. Nur selten zeigen sie rote Farbe. Zweitens handelt es sich nur um eine vorübergehende Komplikation, zuweilen — und dieser Fall ist der häufigste — tritt dieses Bluterbrechen nur von Zeit zu Zeit auf. Ihm gehen heftige Schmerzen im Epigastrium mit zahlreichen Ausstrahlungen, intensiver Nausea und Erbrechen von Speisen von gallenartiger Konsistenz voran. Das geringe Bluterbrechen selbst tritt nur auf der Höhe der gastrischen Krise in die Erscheinung. Die Prognose ist gutartig. Es beunruhigt den Patienten mehr, als es seinen Allgemeinzustand beeinflußt. Es beruht anatomisch nicht auf einer tatsächlichen makroskopischen Veränderung der Magenschleimhaut.

3. Die falschen tabischen Hämatemesen sind reichhaltig. Die ausgeworfene Quantität, selten unter 200 ccm, erreicht oft einen halben oder sogar einen ganzen Liter. Das Erbrochene enthält entweder schwarzes oder mehr oder weniger rotes Blut. Manchmal ist dasselbe geronnen, manchmal flüssig. Das Bluterbrechen wiederholt sich zwei bis dreimal innerhalb weniger Tage, und zwar nur in zwei bis drei Anfällen. Dies Bluterbrechen tritt nicht regelmäßig dann auf, wenn die gastrische Krise ihren Höhepunkt erreicht hat. Es tritt ganz verschieden im Beginne, in der Mitte oder am Ende der gastralgischen Attacke auf. Es gibt eine ernste, oft sogar lebensgefährliche Prognose ab; denn es trägt dazu bei, den Kranken zu schwächen, der ohnehin schon abgemagert und heruntergekommen und der Kachexie nahe ist. Anatomisch geht es auf eine makroskopische organische

Läsion der Magenschleimhaut zurück, in manchem Fall auf eine solche jenseits des Pylorus.

4. Diese falsche tabische Hämatemese kann auftreten: a) entweder bei einem Tabiker; aber sie ist bedingt durch ein Ulcus oder ein Karzinom des Magens, durch ein Duodenalgeschwür, Erkrankungen, die von der D u c h e n n e'schen Krankheit unabhängig sind. b) oder Verlauf einer Pseudotabes, am häufigsten im Verlaufe eines Ulcus ventriculi, kompliziert mit einer Polyneuritis, die eine lokomotorische Ataxie vortäuscht.

5. Die Therapie muß von diesen differentialdiagnostischen Erwägungen ausgehen. Handelt es sich um eine echte tabische Hämatemese, so soll die Therapie besonders auf die gastrische Krise und das Nervenleiden gerichtet sein. Liegt dagegen eine falsche tabische Hämatemese vor, so muß man ein symptomatisches blutstillendes Medikament verschreiben und eine pathogenetische Therapie einleiten, die sich je nach der Natur der Affektion des Verdauungstraktus richtet.

(Thèse de Paris. —

Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

The gastric crises of tabes. By J. Friedenwald and T. F. Leitz. Der Arbeit liegen 42 Tabesfälle mit gastrischen Krisen zugrunde. Alle betrafen Männer, und zwar im Alter von 29 bis 46 Jahren. In fünf Fällen waren die gastrischen Krisen die Initialsymptome, in elf Fällen bestanden heftige, in neun Fällen mäßige Schmerzen, in 22 Fällen abwechselnd schwere und leichte Schmerzen. In 23 Fällen traten schwere Attacken von Erbrechen auf, in zwölf Fällen solche leichteren Grades, in sieben Fällen bald schwere, bald leichte. In 25 Fällen litt das Allgemeinbefinden unter den gastrischen Krisen, in den übrigen 17 nicht. In 35 Fällen wurde die Magensaftsekretion während der gastrischen Krisen untersucht. In sechs Fällen fanden sich normale Salzsäurewerte, in dreizehn Fällen bestand Hyperchlorhydrie, in zehn Hypochlorhydrie. In sechs Fällen schwankte die Azidität. In der anfallsfreien Zeit wurden 36 Fälle auf das Verhalten der Magensaftsekretion untersucht. In vier Fällen ergaben sich dabei normale Werte, in zwölf Hyperchlorhydrie und in zehn Fällen Hypochlorhydrie. Die übrigen zeigten schwankendes Verhalten. Folgt man der Einteilung der gastrischen Krisen nach S a i n t o n und T r e n c, so waren von den Fällen der Verfasser sechs leichter Art, charakterisiert durch Schmerzen und leichtes Erbrechen. Zu der abortiven Form gehörten neun Fälle mit Erbrechen und fünf mit Gastralgie. Zu der schwersten Form gehörten drei Fälle mit heftigsten Schmerzen und Kollaps. Zu der komplizierten Form gehörte ein Fall mit Bluterbrechen und vier Fälle mit Hypersekretion.

Zu der abnormen Form gehörten drei Fälle mit besonders häufiger Wiederholung der gastrischen Krisen. Endlich gehörten elf Fälle zu der alternierenden oder mit anderen Symptomen vergesellschafteten Form der gastrischen Krisen.

(New-York med. Journ., 6. Juli 1912. —
Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

Traitementspécifiqueetarthropatiestabétiques. Par Etienne et Perrin. Bei tabischen Arthropathien ist eine spezifische Behandlung einzuleiten, die freilich die Arthropathien selbst weniger günstig beeinflußt als den tabischen Prozeß und den Allgemeinzustand. Man kann versuchsweise eine spezifische Behandlung bei allen Kranken mit Arthropathie einleiten und soll es, wenn eine nervöse Arthropathie nicht in gewisser Weise mit einer Myelopathie nichtluetischer Aetiologie einhergeht. Liegt keine wirkliche Arthropathie vor, sondern z. B. eine gummöse Arthritis, so wird man sich von dem Erfolg der antiluetischen Therapie überzeugen können. Vasomotorische und entzündliche Veränderungen und Reaktionserscheinungen entzündlicher oder mechanischer Natur können sich bessern. Nur bei wirklichen nervösen Arthropathien ist keine Besserung zu erwarten. Im übrigen kann die antiluetische Therapie Tabiker bessern, ja sogar heilen, während die Arthropathie ruhig weiter besteht.

(Presse méd. 1911. —
Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

Tuberkulose.

Tuberkulose als Aetiologie der Periphlebitis retinalis adolescentium. Von Privatdozent Dr. J. Igersheimer. Für die vom Verfasser aufgestellte Behauptung des Zusammenhanges zwischen Affektionen der Netzhautvenen mit der Tuberkulose bringt er weitere Beweise in Form von drei einschlägigen Fällen. Bei den drei mitgeteilten Beobachtungen, sowie in dem früher vom Verfasser veröffentlichten einschlägigen Fall liegt das Gemeinsame in der vorwiegenden Beteiligung der Netzhautvenen an dem Erkrankungsprozeß des Auges und an der hohen Wahrscheinlichkeit, daß Tuberkulose bei Mangel jeglichen anderen ursächlichen Momentes die Aetiologie der Erkrankungen bildete. Dreien der Beobachtungen gemeinsam ist auch, daß das eine Auge fast bis zur Unbrauchbarkeit affiziert war, das andere dagegen die Anfangsstadien der Erkrankung zeigte. Die Anfangsstadien werden wahrscheinlich öfters übersehen, wohl deshalb, weil die Veränderungen größtenteils in der Peripherie liegen, dann auch, weil der nur wenig herabgesetzte oder gar normale Visus den Beobachter auf dieses Auge nicht besonders hinlenkt. Eine Gefäßerkrankung oder Retinitis proliferans der einen Seite muß aber unbedingt Veranlassung geben, die Gefäße der anderen Seite einzeln

von der Papille bis zur Peripherie genau abzusuchen. Die Gefäßherde dokumentieren sich, so lange sie frisch sind, als feine weißliche Einschneidungen und Trübungszonen entlang den Gefäßen; die in späteren Stadien zur Beobachtung kommenden braungelben und scharf begrenzten Herde an und über den Gefäßen sind als Folgezustände der frischen Prozesse aufzufassen. Solche frischeren Entzündungsherde lösen sich auch wohl manchmal in toto von der Innenseite der Netzhaut und sind parallaktisch gegen die Unterlage verschiebbar. Daß die bläulich-weiß schimmernden Trübungen im Glaskörper auch mit dem Gefäßprozeß in engem Zusammenhang stehen, verraten sie durch ihren Sitz über den Netzhautvenen. Was die frisch entzündlichen Herde um die Gefäße bedeuten, läßt sich nur aus Analogieschlüssen mit zwei von F e h r anatomisch untersuchten ähnlichen Fällen vermuten. F e h r fand von frischen Veränderungen vorwiegend Lymphozyteninfiltrationen um das Lumen herum ohne jedes weitere Charakteristikum. Die schnelle Resorbierbarkeit, überhaupt das ganze klinische Bild sprechen dafür, daß auch in Verfassers wohl tuberkulösen Fällen nichtspezifische entzündliche Veränderungen vorliegen; nicht spezifisch im anatomischen Sinne. Dagegen scheint es durchaus nicht ausgemacht, daß diese Veränderungen tuberkulotoxischer Natur sein müssen. Möglich ist das gewiß, andererseits ist aus den experimentellen Untersuchungen S t o c k's bekannt, daß die Tuberkelbazillen selbst imstande sind, uncharakteristische, vorübergehende Entzündungen hervorzurufen. Man kann also nicht behaupten, daß nur dort Tuberkulose anzunehmen ist, wo sich Verkäsung findet. Besonders hervorzuheben ist der vorwiegend periphere Sitz der Netzhauterkrankung; die Erkrankung betrifft die Anfangsteile der Venen. Ist der Gefäßprozeß mehr nach der Papille zu lokalisiert, so finden sich die Veränderungen besonders gern an Stellen, wo zwei venöse Aeste sich vereinigen. Aus dieser Lokalisation, sowie aus dem entzündlichen Charakter der ganzen Affektion kann man wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit schließen, daß das Blut in diesen Fällen das entzündungsauslösende Material enthält, und daß wir es in diesen Fällen mit lokalen Gefäßerkrankungen als Folge einer konstitutionellen Erkrankung zu tun haben. Der Uvealtraktus ist sehr häufig, wenigstens klinisch, gar nicht erkrankt. Da, wo er erkrankt ist, handelt es sich um die Zeichen einer Iridozyklitis, oder um periphere Aderhautherde. Irgendwie das klinische Bild beherrschend treten diese Prozesse des Uvealtraktus nur höchst selten auf, meist sind sie unbedeutender Natur. Unter Zugrundelegung der anatomischen Befunde von F e h r hat man wohl anzunehmen, daß da, wo der Uvealtraktus affiziert ist, die Erkrankung dem Netzhautgefäßprozeß koordiniert und nicht eine Folgeerscheinung des letzteren ist. Nur bei den direkt an den Netzhautgefäßen gelegenen chorioretinitischen

Herdchen muß man wohl die Erkrankung des Pigmentepithels und eventuell der Aderhaut als sekundär auffassen. In bezug auf den Wert einer Tuberkulinbehandlung bei den als sicher oder wahrscheinlich tuberkulös angesprochenen Fällen von Periphlebitis adolescentium scheint soviel festzustehen, daß die spezifische Kur mit Tuberkulin bei einigen Patienten alle anderen Behandlungsarten weit übertraf. In der Mehrzahl der Fälle kann von einem eklatanten Erfolg der Tuberkulinkur nicht gesprochen werden; es gehen aber dabei die Krankheiterscheinungen zum mindesten ebenso schnell zurück, wie unter dem Einfluß der sonst gebräuchlichen Therapeutica. Besteht eine allgemeine Tuberkulose, so wird das Tuberkulin auf den Gesamtzustand zweifellos besser einwirken, als eine anstrengende Schwitz- oder Hg-Schmierkur. Im Anschluß an die Bemerkung Axenfeld's, daß es wohl Tuberkelbazillen gebe, die in besonderem Maße zu einer hämorrhagischen Form der Tuberkulose führen, teilt Verfasser zum Schluß noch einen Fall von hämorrhagischer Netzhaut- und Aderhauttuberkulose mit. (Gräfe's Archiv 82, 2. —

Deutsche Med.-Zeitung 1912 Nr. 42.)

Ueber die Behandlung des Fiebers Tuberkulöser, insbesondere mit Hydropyrin-Grifa. Von Dr. W. Nieveling, Badearzt in Lippspringe. Schon früher hat Verfasser sich mit Erfolg oft der sogenannten Ten Kate Hoedemaker'schen Pillen bedient nach folgendem Rezept: Acid. arsenic. 0,01, Natrii salicyl. 10,0, Amyl. q. s. ut fiat ope aquae destill. q. s. pilul. Nr. 100. Durch verschiedene gute Erfolge, die er im Verlaufe des letzten Winters bei Fällen von Gelenkrheumatismus und Chorea sowie Influenza mit dem wasserlöslichen Lithiumsalz der Azetylsalizylsäure, dem sogenannten Hydropyrin-Grifa hatte, hatte er beschlossen, dieses Präparat auch in seiner Badepraxis und Spezialpraxis für Lungenkranke zu verwenden. Er ersetzte nun das Natriumsalicylat, das doch immerhin noch schlecht einzunehmen ist, auch in Pillenform Verdauungsstörungen und Ohrensausen verursacht, in den obengenannten Pillen durch Hydropyrin-Grifa. Auch den Arsengehalt hat Verfasser erhöht, sodaß sich folgendes Rezept ergab: Acid. arsenic. 0,03, Hydropyrin-Grifa 10,0, Mass. pilul. q. s. fiant pilul. Nr. 100. Von diesen Pillen ließ er gegebenen Falls dreimal täglich drei bis vier Pillen nach den Mahlzeiten einnehmen. Bei starkem Hustenreiz und erschwerter Expektoration setzte er zu den 100 Pillen noch 5,0 Pulvis Doveri zu. Nach Bedarf lassen sich auch noch andere Zusätze machen, z. B. Chinin. ferrocitic. 5,0, Morphin. mur. 0,3 etc. je nach den Symptomen. Diese Pillen wurden in allen Fällen ausgezeichnet vertragen, verursachten nie einen Schweißausbruch, kein Ohrensausen, keine Erytheme etc. Einnehmen ließ Verfasser die Pillen immer innerhalb 1—1½ Stun-

den; d. h. der Patient nimmt die drei bis vier Pillen im Verlaufe von 1—1½ Stunden ein. Verfasser hat diese Arzneikomposition im Laufe dieses Sommers an etwa zwölf Fällen mit Erfolg ausprobiert. In einem Falle war während des hiesigen Kuraufenthaltes ein Erfolg nicht erzielt. Durchschnittlich waren zur Entfieberung etwa 250 Pillen nötig. In allen zwölf Fällen war die Entfieberung, so lange Verfasser die Patienten hier beobachten konnte, von Dauer. Die gute allgemeine und antifebrile Wirkung der Hoedemaker'schen Pillen wird übrigens von Turban, Schröder und Saugmann bestätigt. Der Ersatz des mit unangenehmen Nebenwirkungen behafteten Natrium salicylic. durch Hydropyrim-Grifa kann nur als Fortschritt bezeichnet werden. Verfasser hat jedenfalls schon jahrelang alle Antifebrila, in der letzten Zeit hauptsächlich Pyramidon, bei Lungentuberkulose durchprobiert. Die Erfolge, die er mit obengenannter Pillenkomposition hatte, werden von keinem der verwendeten Präparate erreicht. Auch braucht man bei seiner Komposition nicht ängstlich auf das Steigen des Fiebers zu warten, sondern man gibt die Pillen eben ein, wie man sonst Pillen und andere Medikamente eingibt. Es tritt keine plötzliche Entfieberung auf, sondern die Entfieberung ist ganz allmählich und anscheinend dauernd. Bis der Effekt erzielt war, vergingen bis zu 20 Tagen. Die Temperaturen waren bis 38,5°. Ein Teil der Patienten war auch morgens unter 37,3°, und es stieg die Temperatur erst mittags nach dem Essen, um dann abends gegen 38° zu erreichen. Belästigungen des Magen- und Darmtraktus sowie andere Störungen wurden nach dem Einnehmen der Pillen in keinem Falle wahrgenommen, während Verfasser Ohrensausen nach der Hoedemaker'schen Pillenkomposition oft konstatieren konnte. Auch Schweißausbrüche fehlten in allen Fällen. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 50.)

Vaginitis.

Zur Trockenbehandlung des Vaginal- und Uteruskatarrhs mittels „Tryen“. Von Dr. Abel (Berlin) (Aus Dr. Abel's Privat-Frauenklinik in Berlin). Verfasser schreibt: „Das Präparat wird im West-Laboratorium, Berlin-Wilmersdorf, Bruchsalter Str. 6, hergestellt und stellt eine organische Jodverbindung der aromatischen Reihe dar. Es entspricht der wissenschaftlichen Bezeichnung „Parajodorthosulfooxycyclohexatrienpyridin“ und ist ein entferntes Derivat des Jodbenzols. Ich will hier nicht auf die Einzelheiten der chemischen Konstitution eingehen, sondern behalte mir dies für eine ausführliche Publikation vor. Nur so viel will ich sagen, daß es ein gelbes, vollkommen geruchloses Pulver ist, welches in heißem Wasser aufgelöst werden kann. Es ist für den menschlichen und tierischen Organismus in den in Betracht kommenden Dosen vollkommen un-

schädlich.. Es nimmt in der Reihe der Jodpräparate eine isolierte Stellung ein, die sich durch das Fehlen jeglicher Jodismuserscheinungen kennzeichnet. Dies erklärt sich dadurch, daß das „Tryen“ im Körper nicht verankert wird, denn es ist bereits in kurzer Zeit als solches unzersetzt im Harn nachweisbar. Der weitaus größte Teil des Präparates wird durch die Nieren ausgeschieden. Es hat schon in 6%iger Lösung eine ausgesprochen bakterizide Kraft, noch mehr natürlich und schneller in 10—20%iger Konzentration, in welcher ich es angewendet habe. Irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen habe ich nie beobachtet, höchstens daß die Patientinnen ganz vorübergehend über leichtes Brennen bald nach der Applikation des Mittels geklagt haben. Die vorher genannten chemischen und bakteriologischen Eigenschaften des Mittels ließen nun darauf schließen, daß es eine lokale bakterizide Wirkung mit gleichzeitiger Tiefenwirkung ausüben müßte, da es von der Stelle der Applikation aus unzersetzt resorbiert wird. Dies hat sich mir auch in praxi vollkommen bestätigt. Ich benutze für die Behandlung des Vaginalkatarrhs 10—20%ige Tryengaze. Man schneidet sich von der Rolle einen 1—1½ m langen Streifen ab und führt diesen auf einem Speculum oder direkt bis in den Scheidengrund ein, und zwar so, daß die Cervix uteri gewissermaßen darin eingewickelt und der übrige Teil der Vagina damit ausgefüllt wird. Die Gaze bleibt 24 Stunden liegen und wird dann von der Patientin herausgezogen. Die Einführung wird zwei- bis dreimal wöchentlich, je nach der Schwere des Falles, wiederholt. Scheidenausspülungen werden während der Dauer der Behandlung überhaupt nicht gemacht. Am schnellsten und günstigsten wird der einfache Vaginalkatarrh beeinflusst. Sie werden sich selbst davon überzeugen können, daß Frauen, welche monate- und jahrelang täglich Ausspülungen gemacht haben, ohne den Ausfluß beseitigen zu können, nach drei- bis viermaligem Einlegen von Tryengaze davon befreit werden und befreit bleiben. Aber auch bei hartnäckigen gonorrhoeischen Erkrankungen hat sich das Mittel bewährt, nur rate ich, hierbei immer gleich die 20% Gaze anzuwenden. Um eine Infektion der Vagina hierbei von der Harnröhre aus zu verhindern, behandle ich diese ebenfalls mit Tryen, welches in Form von Stäbchen aus Kakaobutter in gleicher Konzentration in die Harnröhre eingeführt wird. Es bleibt abzuwarten, ob nicht durch gleichzeitige interne Darreichung des Mittels, dreimal täglich 0,5 g, die Heilung der Gonorrhoe beschleunigt wird. Theoretisch müßte dies der Fall sein, da ja das Mittel unzersetzt durch die Nieren ausgeschieden wird und daher imstande sein müßte, desinfizierend auf Niere, Blase und Urethra zu wirken. Aber auch so habe ich bei verschiedenen Fällen die Gonokokken schneller verschwinden sehen als mit den anderen bekannten Mitteln, während es in anderen Fällen keine

bessere, aber auch keine schlechtere Wirkung als diese gezeigt hat. Besonders empfehlen möchte ich es Ihnen bei der Gonorrhoe der Kinder, bei der ich es in der Form der Stäbchen in die kindliche Vagina eingeführt habe, und öfter recht gute und schnelle Erfolge erzielt habe. Hat man nun festgestellt, daß der Ausfluß durch Erkrankung der Cervix hervorgerufen wird, so genügt die Tamponade der Vagina nicht, sondern man muß die Gaze in die Cervix auf dem Speculum einlegen. Handelt es sich dagegen um eine Erkrankung des Endometriums, so muß der Uterus tamponiert werden. Hierfür habe ich Streifen von einem Meter Länge sterilisieren lassen, von denen jeder für sich verpackt ist. Ich mache Sie jedoch darauf aufmerksam, daß ich eine derartige intrauterine Tamponade nie ambulatorisch ausführe. Hier wäre es für die Praxis bequemer, wenn man Stäbchen mit Tryen in den Uterus einführen könnte; die vorher gezeigten Stäbchen sind dafür jedoch nicht benutzbar, da sie beim Einführen am inneren Muttermund zerbrechen. Ich glaube aber, daß auch hierfür die Technik etwas Brauchbares wird herstellen können. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch erwähnen, daß ich die Tryengaze jetzt als vollkommenen Ersatz der Jodoformgaze bei Abortblutungen zur Tamponade und als Erweiterungsmittel des Uterus benutze. Sie können die Gaze in der sterilen Verpackung in Ihrer geburtshilflichen Tasche mit sich führen und sie auch bei atonischen Uterusblutungen anwenden. Die Tiefenwirkung des Tryens habe ich dazu benutzt, das Mittel auch in Form von Tampons bei entzündlichen Adnexerkrankungen zu gebrauchen. Die damit erzielten Resultate sind denen mit Ichthyol bzw. Thigenol usw. völlig gleichwertig. Die Anwendungsweise ist aber insofern viel angenehmer, als dadurch die häßliche Schmiererei ganz vermieden wird. Daß derartige Entzündungen der Adnexe auch durch das Tryen allein nicht geheilt werden, brauche ich Ihnen nicht zu sagen. Es ist aber eine gute Unterstützung der Bäder, Heißluft- und sonstigen Behandlungsmethoden. Zum Schluß möchte ich nur noch bemerken, daß das Tryen berufen ist, überhaupt bei der Wundbehandlung eine Rolle zu spielen. Ich habe gesehen, daß schlecht aussehende Wunden mit schmierigen Belägen sich unter Bestreuen mit Tryenpulver schnell reinigten und heilten. Der Preis des Mittels in Form der Gaze und Tampons ist ein so niedriger, daß es auch in der Kassenpraxis angewendet werden kann. Nach alledem glaube ich Ihnen das Mittel als ein wirklich brauchbares für die gynäkologische Praxis empfehlen zu können und bitte Sie, dasselbe in geeigneten Fällen nachzuprüfen.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 52.)

Vermischtes.

Zur Anwendung der Vibrationsmassage in Gesundheit und Krankheit. Von Prof. Dr. Martin Mendelsohn (Berlin): „Unter den physikalischen Heilmethoden, welche während der letzten Jahrzehnte in der Krankenbehandlung mehr und mehr in den Vordergrund getreten sind, nimmt die Vibrationsmassage eine ganz hervorragende Stellung ein. Wie neuerdings mit der fortschreitenden Technik fast alle bisher mit der Hand ausgeführten Arbeiten und Tätigkeiten immer mehr durch Maschinenarbeit ersetzt werden, so ist das auch mit der Massage der Fall. Massiert wurde zur Stärkung und Kräftigung des Körpers Gesunder sowohl wie zur Behebung und Heilung der mannigfachsten Störungen Kranker seit langer Zeit. Innerhalb dieser Massage nahmen schon stets die Erschütterungen, Klopfungen, Hackungen eine erhebliche Stellung ein. Später ist man dazu übergegangen, die unregelmäßige und die schwer dosierbare Betätigung mit den Händen durch entsprechende maschinelle Einwirkung zu ersetzen, was selbstverständlich einen bei weitem höheren Grad von Sicherheit, Exaktheit und Regelmäßigkeit gewährt, anderseits aber leicht, wenn die Instrumente nicht so fein konstruiert sind, daß sie sich allen notwendigen Nuancen und Schwankungen anpassen vermögen, zu lebloser, toter, brüsker Einwirkung führt. Denn alle gröberen Maschinen können nur das Plümpe eines jeden Vorganges, nicht die individuellen Feinheiten, welche oft aber gerade die Hauptsache sind, hervorbringen: ein Leierkasten kann niemals das persönliche Spiel eines Künstlers ersetzen. Sind die Maschinen indessen fein genug konstruiert, vermögen sie dauernd jeder notwendig werdenden Schwankung, jeder Nuance in ihrem Betrieb nachzugeben, so können sie fast völlig auch das individuelle Spiel ersetzen: Das Pianola und das Grammophon reichen schon sehr nahe an diejenigen Leistungen heran, welche früher nur durch individuelle und persönliche Fertigkeit zu erzielen möglich war. Die gleiche Entwicklung hat sich nun auch für alle technischen und insbesondere auch medizinischen Apparate vollzogen; wo es zweckmäßig ist, Muskeln, Nerven und andere Körperteile durch vielfache und schnell sich wiederholende mechanische Reize von verschiedenster Stärke und Zeitdauer zu treffen, um dadurch heilsame Reaktionen auszulösen, ist man nicht mehr darauf angewiesen, dies mit der schnell ermüdenden und selbst hierbei leicht Schaden nehmenden Hand zu tun, sondern Maschinen und Apparate stehen jetzt hierfür zur Verfügung und nehmen diese Leistungen der arbeitenden Hand ab. Das ist sehr wichtig, denn die Vibrationsmassage kann vielfachen Nutzen stiften und in zahlreichen Krankheitszuständen, aber auch zur Kräftigung

und Stählung gesunder Muskeln vorteilhafte Verwendung finden. Ich selbst habe nur Gelegenheit, sie bei Herzkranken reichlich zu verwenden. Aber daneben sind, wie bekannt, große und wichtige Krankheitsgruppen, insbesondere die Schwäche der Muskeln und die erhöhte Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Nerven ein großes und wichtiges Gebiet für die Anwendung der Vibrationsmassage. Vor allem indessen wirkt sie, ganz abgesehen von den unmittelbaren lokalen Effekten, bei richtiger Anwendung vorteilhaft auf den Körper als Ganzes, vermag sie die einzelne Persönlichkeit nicht nur in ihren tatsächlichen Körperkräften, sondern auch in ihrem subjektiven Gesundheitsgefühl und in ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit wesentlich zu stärken und zu fördern. Wo diese Massage richtig verwendet wird, kann durch sie eine harmonische Entwicklung der Körpermuskulatur herbeigeführt werden, kann die Blutverteilung in den einzelnen Organen, besonders in der Brust- und Bauchhöhle, geregelt werden, kann der Kreislauf und die Zirkulation des Blutes im ganzen Körper eine Förderung und Besserung erfahren, kann in gewissen Grenzen der Blutzufluß zum Gehirn und die Blutfüllung dieses wichtigen Organs geregelt werden. Aber auch sonst läßt sich im einzelnen die Körperkraft und besonders die Beweglichkeit und Bewegungsfreiheit des Körpers durch die Anwendung der Vibrationsmassage erhöhen und vorteilhaft beeinflussen; nicht nur, wo Gelenkerkrankungen oder gar Steifheit der Gelenke, wo verheilte Verletzungen, Narben und sonstige Hindernisse die Beweglichkeit der Muskeln und Gelenke hemmen, ist sie von Nutzen, sondern auch da, wo durch rheumatische Einlagerungen oder durch sonstige Läsionen die im übrigen gesunden Körpermuskeln durch Ueberempfindlichkeit oder Schmerzhaftigkeit in ihrem vollen Gebrauch behindert sind, oder wo aus ähnlichen Anlässen Nervenstränge und einzelne Nerven so reizbar geworden sind, daß sie schmerzen und dadurch nicht allein Unbehagen hervorrufen, sondern auch, eben wegen des Schmerzes, den sie dabei auslösen, die volle Beweglichkeit hemmen. Und selbst bei ganz gesunder Muskulatur kann die Vibrationsmassage deren Leistungsfähigkeit wesentlich steigern, indem durch ihre Einwirkung der Ablauf der Muskelkontraktionen sich leichter und bequemer vollzieht, die einzelnen Muskelfasern an Kontraktionskraft zunehmen und das ganze Muskelbündel durch die Entwicklung neuer Muskelfasern an Umfang und Stärke zunimmt. Alle diese Wirkungen aber lassen sich, wie schon vorher gesagt, nur dann wirklich erzielen, wenn das Instrument, mit dem man arbeitet, auch allen nötigen Anforderungen entspricht. Es gibt verschiedene Vibrationsmassageapparate mannigfacher Konstruktion; einen wirklichen Effekt wird jedoch nur ein solcher Apparat erzielen können, der nicht etwa plumpe und rohe Stöße vollführt, sondern der in der Hand dessen, der die Behandlung

leitet, ein sachgemäßes Instrument ist, mit welchem auf der Körperoberfläche des zu Behandelnden alle feinen Nuancen und Erschütterungen der Einwirkung ausführbar sind. Ein solches Instrument hat neuerdings Dr. Macaura in Amerika konstruiert und ihm den Namen „Pulsoconn“ gegeben. Ich habe seit geraumer Zeit auf seinen Wunsch dieses in Gebrauch genommen und gefunden, daß es ein sehr gut konstruiertes und für alle Zwecke der Vibrationsmassage durchaus geeignetes Instrument ist. Es ist für Handbetrieb konstruiert, das Räderwerk läuft jedoch so leicht, daß auch der Ungeübte eine sehr gleichmäßige und in weiten Grenzen regulierbare Vibration damit zu erzielen vermag. Eigenartige Ansatzstücke machen es für die verschiedenen Körperoberflächen geeignet; natürlich läßt sich sowohl Geschwindigkeit, als auch die Stoßstärke verschiedentlich verändern und regulieren. Da es sehr leicht und handlich ist, so kann es aufs bequemste dirigiert und gehandhabt werden; selbst bei energischer Anwendung werden die durch den Apparat hervorgerufenen Erschütterungen nicht unangenehm empfunden, so daß diese Form der Vibrationsmassage als eine sehr zweckmäßige angesehen werden kann.“ (Allgem. med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 38.)

Erfahrungen mit Noviform. Von Elisabeth Cammert, cand. med. (Aus der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik in Halle a. S.). Im letzten halben Jahre wurde in der Chirurgischen Poliklinik in einer großen Anzahl von Fällen von Prof. Stieda das Noviform verwendet, und zwar, um dies gleich vorweg zu nehmen, mit durchaus günstigem Erfolg. Wegen der Feinkörnigkeit kommt das Noviform mit den betreffenden Gewebspartien in innigste Berührung, ohne indes bedrohliche Intoxikationserscheinungen hervorzurufen, da seine Unlöslichkeit die Resorption ausschließt. Man beschränkte sich bei den Versuchen auf die therapeutische Benutzung des Noviforms als Pulver, 10%ige Salbe und Gaze, mit Noviform imprägniert. Stäbchen, Globuli und Noviformemulsion (10%ig in Oleum oliv.) wandte man nicht an. Schon nach einigen Verbandwechseln zeigten die mit Noviform behandelten infizierten Schnitt- und Quetschwunden mit ehemals eitrigem Belag eine gereinigte Wundfläche und fortschreitende Epithelbildung. Die geschwürig veränderten Gewebspartien bei Ulcera cruris bildeten nach Anwendung von Noviform gut aussehende, rosarote Granulationen. Die desodorierende Eigenschaft des Präparates konnte an der Abnahme des widerlichen Geruches konstatiert werden, da eine beschleunigte Abstoßung des nekrotischen Gewebes eintrat. Die Sekretion der Wunden ließ bald nach, und der Prozeß schritt gewöhnlich unter Abnahme der Schmerzempfindlichkeit seiner endgültigen Heilung entgegen. Inziidierte Furunkel, Abszesse, Phlegmonen und Panaritien wurden, wenn

nötig, mit Noviformgaze tamponiert und ebenfalls hierbei ein guter Heilungsverlauf erzielt. Besonders zufriedenstellend erwies sich die Noviformtherapie in der Behandlung von Brandwunden jeden Grades. Unter den mit Noviform imprägnierten Gazebinden, ähnlich den Bardeleben'schen Wismuthbrandbinden, die zirka fünf Tage liegen blieben, kam die Wunde schmerzlos zur Abheilung und zeigte auffallend gute, glatte, wenig sichtbare Narben. Die Erfahrungen bestätigten auch, daß das Noviform als Wundheilmittel besonders bei Kindern gefahrlose Verwendung finden kann. Ganz selten treten unbedeutende Reizerscheinungen in Gestalt von Rötung der Haut auf, die wohl auf eine ganz besondere Idiosynkrasie und die gesteigerte Empfindlichkeit der zarten Haut dieser Kranken zurückzuführen sind. In letzter Zeit prüfte man das Noviform auch hinsichtlich seines Verhaltens bei Applikation auf die Mundschleimhaut. Bei den zahlreichen in der Mundhöhle auftretenden eitrigen Prozessen, die mit einem starken Foetor ex ore einhergehen, überzeugte man sich von dem desodorierenden Werte des Noviforms, das nach Angabe des Patienten weder einen schlechten Geschmack noch sonstige unangenehme Erscheinungen verursacht hatte. Es ist deswegen eventuell auch den Zahnärzten als Desodorans willkommen.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 47.)

Thigenol in der Frauenpraxis. Von Dr. J. Trebing (Prof. v. Bardeleben'sche Klinik und Poliklinik in Berlin). Seit 1½ Jahren wird an Stelle des Ichthyols das Thigenol (Hoffmann, LaRoche & Co.) angewandt bei den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, und zwar 20%iges Thigenolglyzerin;¹⁾ mittels großer Wattetampons brachte man das Medikament möglichst nahe an den Herd der Erkrankung, also z. B. bei Exsudaten im Douglas hinter die Portio, bei Erkrankungen neben der Gebärmutter in das rechte oder linke Scheidengewölbe. Im Durchschnitt ließ man die Thigenolglyzerintampons 24 Stunden liegen. Hinterher mußte die Patientin, wie auch sonst üblich, eine Reinigungsspülung der Scheide vornehmen. In reiner Form wandte man das Thigenol an bei Applikationen auf die äußere Haut, sowie hauptsächlich bei Pruritus vulvae, ani, Analfisuren und Fissuren der Mamma, Intertrigo, Vulvitis, bei schmerzhaften und entzündeten Hämorrhoiden auch in Form von Suppositorien, kombiniert mit Pantopon und Extractum Belladonnae. Hier bewährten sich besonders zwei Rezepte:

Rp. Thigenol „Roche“ 5,0

Ol. Cacao 20,0

M. f. bacilli Nr. V.

S.: morgens und abends nach der Stuhlentleerung ein halbes Stäbchen einführen.

¹⁾ Originalkassenpackung mit 100 g Inhalt = 1 Mk.

Rp. Thigenol „Roche“	0,3
Pantopon „Roche“	0,02
Extr. Bellad.	0,01
Ol. Cacao	2,0

M. f. suppos. D. tal. dos. Nr. X.

S. 1—2 Zäpfchen täglich einzuführen.

Letztere Zäpfchen eignen sich auch gut bei sehr schmerzhaften Endometritiden, Adnexerkrankungen und Parametritiden als Vaginalsuppositorien. Zu Ausspülungen eignet sich am besten die 20%ige Thigenolglyzerinlösung, von der zwei bis vier Eßlöffel auf 1 l Wasser genommen werden. In letzter Zeit ist ein neuer Tampon empfohlen worden, der Tampol „Roche“. Derselbe besitzt eine gelatinöse Spitze, welche das Medikament, z. B. Thigenol, enthält. Hinter derselben befindet sich eine bestimmte Menge von aseptischer, nicht absorbierender Wolle in komprimiertem Zustande. Die letztere ist von einer dünnen Gelatine kapsel umgeben, welche nach dem Eintauchen in warmes Wasser sich sehr leicht im Vaginalsekret löst. Das untere Ende des Tampons ist mit einem Seidenfaden versehen. Zur Anwendung taucht man den Tampol etwa zehn Sekunden in warmes Wasser und führt ihn ohne Einfetten mit der medikamentösen Spitze nach vorne bis zum Scheidengewölbe ein. Diese neuen Tampons haben sich sehr gut bewährt. Die Anwendung ist einfach und bequem, die Wirkung sicher. Intelligenten Patientinnen kann man auf diese Weise in manchen Fällen die Einführung des Tampons zu Hause überlassen. Der Preis des Tampols ist ein sehr hoher, er eignet sich daher nur für die Praxis elegans.

(Therapie der Gegenwart, Oktober 1912.)

Gegen die **Magenschmerzen bei Gastritis alcoholica** wird empfohlen:

Rp. Morphin. hydrochlor.	0,05
Cocaini hydrochlor.	0,2
Aquae	ad 150,0

Alle fünf Minuten bis zum Nachlassen der Schmerzen einen Kaffeelöffel voll zu nehmen; jedoch nicht mehr als zehn Kaffeelöffel binnen 24 Stunden.

(Rif. med. 1912, S. 668.)

Ueber Eisensajodin schreibt Prof. Dr. Gustav Brühl (Berlin): „Seit Jahren habe ich, wie wohl auch viele andere Spezialkollegen, zur Unterstützung der lokalen Therapie bei Mittelohrentzündungen und zur Verhütung von Rezidiven nach operativen Eingriffen, wie Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln, bei skrofulösen und anämischen Kindern Jodeisensirup angewendet.

Wenn ich auch im allgemeinen mit den Erfolgen dieser Medikation nicht unzufrieden war, so habe ich doch öfters die Beobachtung gemacht, daß Jodeisensirup nicht gern genommen wurde, und daß, abgesehen vom Schwärzen der Zähne, auch Verdauungsstörungen vorkamen. Dieser Nachteil fiel umsomehr ins Gewicht, als ja eine derartige Medikation lange Zeit hindurch genommen werden muß, damit man von derselben einen Erfolg erwarten kann. Infolgedessen war es mir willkommen, daß mir von den Farbenfabriken Bayer in Elberfeld ein Präparat zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt wurde, das sie in Gemeinschaft mit den Höchster Farbwerken unter dem Namen „Eisensajodintabletten“ in den Handel bringen, und das die Vorzüge der gleichzeitigen Medikation von Jod und Eisen in sich vereinen soll. Seit zirka einem Jahre habe ich das Eisensajodin bei einer großen Anzahl Patienten der Privatklientel und Poliklinik verwendet. Nach den Angaben der Fabrik enthält jede Eisensajodintablette 0,12 Jod und 0,03 Eisen; beide Stoffe sind an Fettsäure gebunden, worauf wahrscheinlich auch die Löslichkeit in den Lipoiden des Organismus zurückgeführt werden kann. Eine nachhaltige Wirkung soll ganz besonders dadurch erzielt werden, daß die Jodausscheidung langsamer vor sich geht, als bei den Jodalkalien, das Schwärzen der Zähne und Verdauungsstörungen fortfallen. Da das Eisensajodin in Form von Schokoladetabletten hergestellt wird, schmecken die Tabletten sehr gut, was eine um so größere Rolle spielt, da wir ja das Präparat meistens Kindern zu geben haben. Unter zirka 100 Fällen, in denen ich das Präparat verordnet habe, erinnere ich mich auch nicht eines einzigen, in dem mir darüber geklagt wurde, daß das Präparat verweigert oder schlecht vertragen worden wäre. Es scheint mir also in der Tat mit der Herstellung der Eisensajodintabletten ein Fortschritt gegenüber der bisherigen Medikation von Jod und Eisen erreicht zu sein. Ich habe die Tabletten in der ersten Woche einmal täglich: nach dem Mittagessen, in der zweiten Woche zwei Tabletten täglich: nach dem Frühstück und Mittagessen und von der dritten Woche an drei Tabletten täglich: nach jeder Hauptmahlzeit nehmen lassen. Bei dieser Dosis bin ich stehen geblieben und habe dieselbe monatelang hindurch fortgesetzt. Das Aussehen der Kinder wurde allgemein ein frischeres; größere Eßlust, besseres Allgemeinbefinden und Gewichtszunahme bildeten den therapeutischen Effekt. Geringe Drüsenanschwellungen, wie wir sie häufig gleichzeitig bei Hypertrophien des lymphatischen Rachenringes finden, gingen zurück oder verschwanden. Besonders nach der Entfernung der hypertrophischen Tonsillen und adenoiden Vegetationen bildete mir das Eisensajodin ein geeignetes Mittel, um die Rückbildung des adenoiden Gewebes im lymphatischen Rachenring zu unterstützen.

Ich verweise daher auf das Eisensajodin als ein Präparat, das mir das Interesse der Praktiker und Spezialkollegen zu verdienen scheint.
(Therapie der Gegenwart, Juni 1912.)

Opiumentziehung mittels Pantopon. Von Dr. I. J. Frankenstein (Berlin). Verfasser schreibt: „Vor mehreren Monaten suchte mich die 38jährige Krankenpflegerin Schwester E. P. auf, mit der Bitte, sie von ihrer Opiumsucht zu heilen. Sie gab an, vor 6½ Jahren an einer schweren Nervendepression gelitten zu haben und sich damals mit der Tinctura opii spl. Nachtruhe und Erholung bei Tage verschafft zu haben. Von dreimal täglich 15 Tropfen, mit denen sie begann, stieg sie im Laufe von zwei Jahren bis zu der kolossalen Menge von 60,0 pro Woche und endete schließlich mit 15,0 pro Tag (über ein Jahr lang). Als sie sich an mich wandte, war sie verfallen, abgemagert, nervös und gab offenherzig als Grund ihrer Abkehr vom Opium an, daß ihr der Apotheker wegen einer Karambolage mit der Polizei infolge unberechtigter Giftabgabe den weiteren Bezug von Opium gesperrt hätte. Anfang Juni begann ich mit der Behandlung und wählte dazu, um die Entziehung ganz in meiner Hand zu haben, die Form der Injektion. Als Mittel entschied ich mich, Pantopon zu nehmen, weil es am ehesten imstande ist, auch in verhältnismäßig geringen subkutanen Gaben eine prompte, opiumähnliche Wirkung zu erzielen. Ich begann damit, zweimal täglich je eine Pantoponampulle (Inhalt 1,1 ccm der 2%igen sterilen Pantoponlösung) zu injizieren und ging allmählich um einen halben Teilstrich zurück, bis ich mit einem Teilstrich die Behandlung schloß. Dieser Schluß erfolgte Anfang August. Somit hat die Behandlung zwei Monate lang gedauert, während der die Patientin nur wenige Tage aus Mattigkeit verhindert war, ihrem Berufe nachzugehen. Nach der völligen Entziehung suchte ich ihr über die ersten acht Tage mit Mixtura nervin. hinwegzuhelfen; seit vier Wochen aber hat sie überhaupt keine medikamentöse oder sonstige Behandlung nötig. Darmerscheinungen unerheblich.
(Mediz. Klinik 1912 Nr. 41.)

Bücherschau.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. Von Schmidt, Friedheim, Lamhofer und Donat. Leipzig 1913, Verlag von Joh. Ambr. Barth. Alle 2 Jahre ist von diesem Büchlein eine Neuauflage nötig geworden; jetzt liegt die 11. Auflage vor — wahrlich, ein seltener Erfolg. Dieser wird aber erklärlich, wenn

man sieht, welche Fülle von Stoff auf diesem kleinen Raum bewältigt wird. Ja, wir finden da auch noch zahlreiche Rezepte, Temperaturkurven usw. in einzelnen Kapiteln vor. Die ganze innere Medizin und Neurologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Augenkrankheiten, wichtige Abschnitte aus der Otriatrie und Gynäkologie werden besprochen, den Vergiftungen, der Harnanalyse sind besondere Kapitel gewidmet — und alles in einem Büchlein, das man bequem in eine kleine Rocktasche stecken kann. Wer das Vademecum noch nicht besitzt, versäume es nicht, es sich anzuschaffen.

E. G.

Werke von Grete Meisel-Heß. Seit einigen Jahren wirkt unter uns eine durch Art und Größe ihrer literarischen Begabung gleich seltene Frau, zu deren besten Werken ich die Leser des Blattes führen möchte. Sie mögen unter den letzten Büchern der Grete Meisel-Heß beginnen, mit welchem sie wollen: sie werden das unbezwingbare Verlangen spüren, mehr kennen zu lernen, und werden von keinem der Werke scheiden, ohne einen großen Gewinn und unvergeßliche seelische wie intellektuelle Anregungen empfangen zu haben. Grete Meisel-Heß steht nicht bei den rein-intuitiv und gefühlsmäßig schaffenden Dichterinnen, bei den prophetisch-visionären Gestalterinnen von der Art einer Selma Lagerlöf oder Else Lasker-Schüler; fast ebensoweit aber ist sie entfernt von den mit kaltem Verstand aufbauenden Schriftstellerinnen vom Range einer Ricarda Huch. Sie vereinigt den Problemreichtum der Clara Viebig mit einer Künstlerschaft, die, in vollendetem Besitze des ideal-harmonischen Ausgleichs von Geist und Psyche, heute als einzige berufen scheint, das große Erbe der Ebner-Eschenbach anzutreten. Tendenziös begann sie: die Probleme der Frauenbewegung beschäftigten sie lebhaft und veranlaßten sie zu tiefersten Studien der gesellschaftlichen Schäden und ihre Ursachen. Ihr Interessenkreis weitete sich mehr und mehr; gleichwohl aber legte sie vorerst die Ergebnisse ihrer frühesten Forschungen in einem wundervoll klaren Werke nieder, das sie durchaus nur als unphantastische, geistesstarke, kühne Essayistin von seltenem Realitätssinne offenbarte und zu den lesenswertesten unserer Tage zählt. „*Die sexuelle Krise*“ (bei Diederichs-Jena) legt das schönste Zeugnis ab für die großzügige, unsentimentale Psychologie, die in alle Spalten und Gruben leuchtet und alle Blöße unbarmherzig ans Licht reißt. Scharfsinn, Energie und Wahrheitsdrang sind die besten Tugenden des Buches, das nicht genug zur Lektüre empfohlen werden kann. — Die gleichen vortrefflichen Eigenschaften weisen, verbunden mit echt-dichterischer Gestaltungskraft, ihre künstlerischen Schöpfungen auf. Zwar die Novellen „*Geister*“ (bei Rabinowitz-Leipzig) sind größtenteils nur Unterhaltungsliteratur,

freilich im guten Sinne, psychologische Skizzen aus dem Alltagsleben, von Humor und Ironie belebt und von schöner, gleichwohl durch den Verstand dauernd beherrschter Menschlichkeit verklärt; doch die letzte Geschichte des Bandes bietet mit ihrer tiefen Problematik eine innere Ueberleitung zu den beiden Romanen der Dichterin, die zu den glänzendsten Epen unserer Zeit gehören. „*Die Stimme*“ (bei Wedekind-Berlin) gibt den Lebenslauf einer modernen Frau bis zu seinem wichtigsten Abschnitte, der den Frieden verkündet; die Entwicklung eines Weibes, die aus dem Naturalistisch-Typischen zu symbolischer Kraft erhoben ist und an schürfender Seelenbelausung ihresgleichen sucht; ein Werk, ausgezeichnet durch Güte, psychische Ueberlegenheit und jenen ironischen Humor, der von Weiterfahrung und Weltverständnis zeugt. Was bei aller Größe diesem Buche etwa noch hinderlich war an sentimentalischen Einschlägen, allzuweit geführter Reflektion und sprachlicher Unbeholfenheit, das alles ist überwunden in dem bisher besten Werke der Dichterin, den „*Intellektuellen*“ (bei Oesterheld-Berlin). Hier waltet absolute Meisterschaft. Eine unbestreitbare Beherrschung der kühn ausgedehnten Materie, eine fast einzigartige Fähigkeit, menschliche Geschehnisse ineinanderspielen zu lassen und aus den vielfach verschlungenen Fäden ein festes Gewebe zu bilden, das in Wahrheit das gesamte Leben unserer Intellektuellen einschließt, ein glänzendes Charakterisierungstalent mit der Souveränität über Menschen- und Gesellschaftsschichten, ein meisterhaft durchgeführter Stil echter Epik machen dieses Buch zu einem standard-work unseres Jahrhunderts, zu einem Kulturdokument allerersten Ranges, das alle Fragen und Probleme der Zeit wahrhaft künstlerisch auszumünzen vermag. Von der auf diesem Pfade weiterschreitenden Dichterin ist noch Großes zu erwarten.

Fr. Gr.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.—ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. San.-R. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 9.

Juni 1913

Originalarbeit.

Aus der Medizinisch-literarischen Zentralstelle in Berlin-Friedenau.

Ueber den derzeitigen Stand unserer Diphtherie- kenntnisse und -Forschungen.

Sammelreferat an der Hand von 200 Publikationen der letzten Jahre.

Von Dr. med. Bruno Bosse (Berlin).

(Schluß.)

XI. Zur Frage der Behandlung postdiphtherischer Lähmungen und Kreislaufstörungen mit Diph- therieheilserum.

Eine weitere Frage ist es, ob durch das Diphtherieheilserum die diphtherischen Lähmungen und Kreislaufstörungen im günstigen Sinne beeinflußt werden. Maly nicz meint, daß seit Einführung der Serumtherapie die postdiphtherischen Lähmungen ebenso häufig wären, wie in der Vorserumsperiode, die Herzstörungen sogar scheinbar zugenommen hätten. Doch ist dies vielleicht darauf zurückzuführen, daß seit Anwendung des Serums eben mehr Kranke gesunden als früher. Meyer ist der Ansicht, daß man wohl imstande ist, durch rechtzeitige Anwendung hoher Dosen Lähmungen und Kreislaufstörungen zu verhindern, nicht aber bestehende zu beeinflussen. Crohn dagegen hat bei seinen Fällen stets Rückgang der postdiphtherischen Lähmungen schon nach der ersten Injektion gesehen. Zu dem gleichen Resultat sind Comby und Dransfeld gekommen. Rolly hat im Gegensatz zu diesen Autoren keinen Erfolg des Serums bei postdiphtherischen Lähmungen gesehen. Bingel empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen bei diphtherischen Kreislaufstörungen die intralumbale Injektion von Diphtherieheilserum. Bei der Behandlung diphtherischer Lähmungen und

Kreislaufstörungen handelt es sich auch um die Frage, ob schon an Zellen gebundenes Toxin durch zugeführtes Antitoxin wieder gelöst werden kann. Durch Versuche hat es sich herausgestellt, daß gleich nach der Bindung im Ueberschuß zugesetztes Antitoxin imstande ist, an Nervenzellen verankertes Gift wieder zu lösen. Man kann daher bei intravenöser und intralumbaler Injektion wohl einen Erfolg bei diphtherischen Kreislaufstörungen und Lähmungen erwarten.

Von den pharmazeutischen Mitteln scheint bei den diphtherischen Kreislaufstörungen außer den gewöhnlichen Excitantia (Strychnin, Coffein, Kampher etc.) das Adrenalin gute Erfolge zu erzielen. Die Wirkung des Adrenalins ist vorwiegend eine gefäßverengernde. Sie erstreckt sich hauptsächlich auf die Arterien des Splanchnikusgebietes, aber auch auf die übrigen peripherischen Arterien, mit Ausnahme der Koronargefäße. Eine stimulierende Wirkung auf den Herzmuskel ist ebenfalls festgestellt. Auf welchem Wege sie erfolgt, ist noch nicht sicher. Blumenau gibt bei drohender Herzlähmung und Sinken des Blutdruckes subkutan 0,3—0,5 g 1⁰/₁₀₀ Adrenalinlösung ein- bis zweimal täglich. F. Meyer, Eckert und Pospischill empfehlen das Adrenalin auch bei Blutdrucksenkung. Hoffmann erwähnt auch das Pituitrin, das dieselbe, aber schwächere Wirkung als Adrenalin hat. Wenn man energisch wirken will, ist daher Adrenalin vorzuziehen.

XII. Prophylaktische Diphtherieheilserum-Injektion und Anaphylaxie.

Eine Streitfrage, die schwierig zu entscheiden ist, ist die, ob prophylaktisch gespritzt werden darf. v. Behring sagt, daß er derzeit die Umgebung eines bakteriologisch nachgewiesenen Diphtheriefalles einer Präventivinjektion unterziehen würde. Das Postulat der Zwangsimpfung hält v. Behring vorläufig für unberechtigt, da die Präventivinjektion nur einen kurzdauernden Schutz bringt, und eine durch Diphtherieinfektion bedingte Reinjektion den Nachteil schwerer Serumkrankheit nach sich ziehen kann. Asam berichtet über einen Fall von sofortiger Reaktion mit Todesgefahr nach Reinjektion, und zwar betrug das Intervall zwischen erster Injektion und Reinjektion 10¹/₂ Jahre. Wiedemann hat den Eindruck, daß die Anaphylaxie viel gefährlicher auftritt, wenn zwischen erster Injektion und Reinjektion eine längere (jahrelange) Pause verstrichen ist, oder wenn gar mehrere Injektionen von artfremdem Serum längere Zeit vorangegangen sind. Karasawa und Schick empfehlen prophylaktische Injektion von Diphtherieheilserum bei Masernerkrankung, da sie eine erhöhte Disposition für Diphtherie bei dieser Erkrankung gefunden haben. Markusen und Agapoff konnten aber nachweisen, daß bei prophylaktischer

Injektion die Zahl der Diphtheriefälle bei Masernkranken nicht verringert werden konnte. Dagegen wurde in der Heubner'schen Klinik durch prophylaktische Impfung jede Hausinfektion auf der Masernabteilung unterdrückt. Schippers rät von der prophylaktischen Injektion von Serum ab. Um anaphylaktische Erscheinungen bei Reinjektion zu verhindern, müßte man bei der prophylaktischen Injektion ein Serum einer anderen Tierart, z. B. von Hammeln oder Rindern, nehmen. Nach Mitteilung der Hoechst Farbwerke ist es gelungen, von Rindern ein Diphtherieheilserum zu gewinnen, welches, da es 150 Einheiten im Kubikzentimeter enthält, für prophylaktische Zwecke wenigstens genügen würde. Nach v. Behring müßten zur Vermeidung von Anaphylaxie möglichst hochwertige Sera erzeugt werden. Wiedemann rät zu folgender Vorsichtsmaßregel vor der Reinjektion. Er injiziert einen Probetropfen subkutan und wartet zehn Minuten, ob sich eine Ueberempfindlichkeit zeigt. Bei neuropathischen und vasomotorisch labilen Kindern, die als besonders überempfindlich gegen artfremdes Eiweiß gelten, wartet er auch 12—24 Stunden. In einem Falle, wo nach sechs Stunden leichte Quaddelsucht und Unruhe auftraten, hat er die Reinjektion unterlassen. Bei Gebrauch dieser Vorsichtsmaßregel hat er niemals bei Reinjektion Anaphylaxie gesehen. Umber meint, daß die Furcht vor der Anaphylaxie in der Praxis übertrieben sei. Nach ihm kann man durch Verabreichung einer Vorspritze mit minimalen Serumdosen am Abend vor der Reinjektion offenbar die Anaphylaxieerscheinungen zurückdrängen und sie völlig harmlos machen. Im Institut Roux wird nach Brelet die Toxizität des Serums durch mehrmaliges, kurzes Erwärmen auf 57° C. herabgesetzt zur Vermeidung der Serumkrankheit. Besredka empfiehlt eine Vakzinationsmethode gegen anaphylaktische Erscheinungen. Eine Stunde vor der Seruminjektion sollen 20 ccm Diphtherieserum rektal eingeführt werden, oder es sollen vor der eigentlichen Seruminjektion kleine Dosen von Diphtherieserum bis $\frac{1}{2}$ ccm mehrmals in stündlichen Intervallen subkutan injiziert werden. Friedberger und Nuta injizieren mit Hilfe eines von Gröber konstruierten Apparates das Serum so außerordentlich langsam in die Vene, daß die ersten in den Kreislauf gelangenden Portionen desselben die vorhandenen Eiweißantikörper soweit binden und unschädlich machen, daß der Rest des eingespritzten Serums nicht mehr imstande ist, Vergiftungserscheinungen hervorzurufen.

XIII. Aktive Immunisierung.

Während die Wirkung des Diphtherieheilserums auf einer passiven Immunisation beruht, ist man in neuer Zeit auch bestrebt, die Diphtherie durch aktive Immunisierung zu bekämpfen. Dies

geschieht teils auf dem Wege der Vakzination. Hall und Williams haben mit dieser Methode sechs Bazillenträger erfolgreich behandelt. Diesen wurde jeden siebenten Tag 75—1000 Millionen Bazillen eingespritzt. Eine andere Methode wendet Dzeygowski an. Dieser fand, daß im Serum von Pferden nach einer einmaligen Bestreichung der Nasenschleimhaut mit Diphtherietoxin eine Bildung von Antitoxin nachzuweisen war. Durch Wiederholung dieses Verfahrens konnte er den Antitoxingehalt bedeutend steigern. Blumenau hat diese Methode an Kindern versucht. Er benutzte zuerst unverdünntes Toxin in der für Meerschweinchen tödlichen Dosis von 0,009 ccm. Bei einem Teil der Kinder bildete sich darauf speckiger Belag in der Nase, der erst nach längerer Zeit verschwand. Der Antitoxingehalt war nach einiger Zeit nur bei einzelnen Kindern vermehrt. Bei einem zweiten Versuch verwendete er Toxin in einer Verdünnung von 1:3, die er in Tampons wiederholt eine halbe Stunde lang in der Nase liegen ließ. An einem Tage wurde nur eine Nasenhälfte so behandelt. Hierbei fand er den Antitoxingehalt beträchtlich gesteigert. Die Kinder hatten nach 10—20—40 Tagen 0,5—1,0—5,0—11,0 I.-E. im Kubikzentimeter Serum. Aus Tierexperimenten geht hervor, daß die so erlangte Immunität jahrelang anhält. v. Behring schlägt theoretisch eine kombinierte Präventivinjektion vor (Antitoxin + Spur Toxin oder Virus).

XIV. Lokale Behandlung der Diphtherie.

Außer der allgemeinen Serumtherapie sind auch wiederholt Versuche mit anderen Medikamenten bei Diphtherie gemacht worden, bei denen es sich meistens um eine lokale Behandlung handelt. So berichtet Daxenberg über günstige Resultate, die er bei der Anwendung von Bolus alba erzielte. Er benutzte eine Aufschwemmung von 100 g Bolus (steriles von Merck) auf 200 g Wasser oder Tee. Hiervon ließ er alle drei Minuten einen Kaffeelöffel voll schlucken bis zum Nachlaß des Fiebers. Außer Bolus benutzte er keine anderen Medikamente, nur verordnete er noch einen Spiritusumschlag um den Hals, den er 24 Stunden liegen und alsdann wechseln ließ. Seines Erachtens nach kann die Bolustherapie mit der Serumbehandlung konkurrieren, von deren möglichen Nebenwirkungen sie frei ist. Auch Stumpf hat gute Erfolge in 15 Fällen ohne Serumbehandlung mit einer Suspension von einem Teil Bolus auf zwei Teile Wasser, alle fünf Minuten einen Teelöffel voll genommen, gesehen. Delacamp, der neben der Seruminjektion gleichzeitig Bolus anwendete, spricht letzterem eine unverkennbare günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes zu. Nach Küster's Versuchen absorbiert Bolus energisch Diphtherietoxin und ist daher geeignet bei lokaler Anwendung, das heißt bei innerlicher Darreichung von Bolussuspen-

sion einen günstigen Einfluß auf den Verlauf des diphtherischen Krankheitsprozesses auszuüben.

Ferner wird auch der Anwendung von *Pyocyanase* bei Diphtherie von mancher Seite ein guter Erfolg zuerkannt. Nach *Zucker* hat in manchen Fällen von Rachendiphtherie ihm die Bestäubung mit *Pyocyanase* gute Dienste geleistet, indem sie den lokalen Prozeß beeinflußt und indirekt den Allgemeinzustand in ausgesprochen günstigem Sinne hebt. Auch *Weil* und *Rombach* empfehlen neben der Serumtherapie noch die gleichzeitige Anwendung von *Pyocyanase*. Desgleichen raten *Grósz* und *Helene Bán* zu einer mit *Pyocyanase* kombinierten Serumbehandlung. Sie haben eine neue Behandlungsmethode bei Krupp, nämlich die direkte Einführung der *Pyocyanase* in den Larynx versucht. Bisher wurde die *Pyocyanase* bei Rachendiphtherie in Form von Spray angewandt, bei Krupp aber nur als Inhalation. Sie zerstäuben auch mit Hilfe eines neuen Apparates die *Pyocyanase* direkt in den Kehlkopf, was den Vorteil hat, daß die Lösung unverdünnt und in größerer Menge als bei der Dampfinhalation auf der Schleimhaut des Larynx zur Wirkung gelangt. *Polwyssoki* und *Adamoff* empfehlen wiederholte *Pyocyanase*bestäubung zur Entfernung von Diphtheriebazillen bei postdiphtherischen Zuständen. Nach ihnen hat aber die Anwendung der *Pyocyanase* bei Diphtherie und anderen bakteriellen Erkrankungen nur dann guten Erfolg, wenn die Mikroben sich in flüssigem Sekret befinden, nicht aber, wenn sie in Form dichter Membranen vorhanden sind. Nach *Bocchia's* Versuchen ist die *Pyocyanase* zwar bei Diphtheriebazillen wirksam, doch ist diese Wirkung seiner Meinung nach therapeutisch keine große, da sie nur lokal bakteriell ist und in dieser Beziehung wohl auch kaum die anderen gebräuchlichen Desinfizientien übertrifft. Nach *Lörensén* ist die *Loeffler'sche* Menthol-Toluol-Eisenlösung und Pinselung mit Jodtinktur der *Pyocyanase* an lokal desinfizierender Wirkung gegenüber den Diphtheriebazillen überlegen. *Emmerich* und *Löw* haben nun durch Versuche festgestellt, daß die *Pyocyanase* nicht nur die Diphtheriebazillen tötet, sondern auch das Diphtherietoxin bindet resp. unwirksam macht. *Emmerich* meint sogar, daß sie vor dem *v. Behring'schen* Heilserum dadurch einen Vorteil habe, daß sie auch pyogene Strepto- und Staphylokokken vernichtet und auflöst, und so bei Mischinfektion wirksamer ist. *Strubell* hält nach seinen Versuchen die Einwirkung der *Pyocyanase* auf Diphtherietoxin in vitro im Sinne einer Verminderung der Giftigkeit des Diphtherietoxins für erwiesen. Eine Giftbindung oder Giftzerstörung im Tierkörper aber scheint ihm ebenso wie *Saar* nicht stattzufinden.

Mühsam empfiehlt die mit *Pyocyanase* kombinierte Serumtherapie. Nach seinen Erfahrungen hemmt die *Pyocyanase* in vitro

das Wachstum von Diphtheriebazillen und tötet in verhältnismäßig kleinen Dosen große Mengen von Diphtheriebazillen. Bei menschlicher Diphtherie scheint das Mittel die Auflösung der Beläge zu befördern und günstig auf den Allgemeinzustand des Kranken zu wirken. Es beseitigt recht schnell den Foetor ex ore.

Versuche mit der *Stauungsbehandlung* bei Diphtherie hat Brandis gemacht, und zwar in mehreren Fällen mit Erfolg. Er hält die Stauungsbehandlung und Serumtherapie für wesensverwandt, indem im gestauten Gebiet eine Anhäufung von Schutzstoffen stattfindet.

Lorey hat nach Vorschlag von v. Behring Diphtherieserum (400faches Serum, welches im Verhältnis 1 : 29 mit physiologischer Kochsalzlösung oder 0,5%iger Karbollösung verdünnt wurde) lokal angewendet neben Antitoxin intramuskulär. Er hat gute Erfolge gehabt besonders bei Nasen- und Konjunktivaldiphtherie, auch bei Augendiphtherie. v. Behring stellt sich den Vorgang so vor, daß bei Imprägnierung der bazillenträgenden Schleimhäute mit Antitoxinlösung die Bazillen entgiftet werden und diese avirulenten Bazillen der Phagozytose anheim fallen. Lorey suchte nun die Frage zu entscheiden, ob das in dem Diphtherieserum enthaltene Antitoxin, oder ob das Pferdeserum als solches für die günstige Wirkung verantwortlich zu machen sei. Er hat daher verschiedentlich reines Pferdeserum in der gleichen Verdünnung angewandt. Er konnte keine Unterschiede in der Beeinflussung des Prozesses durch Pferdeserum gegen Diphtherieserum wahrnehmen.

XV. Bekämpfung der Diphtheriegefahr (Bazillenträger).

Seit jeher, besonders aber in letzter Zeit ist man bemüht, Mittel und Wege zu finden, um die Ausbreitung der Diphtherie, die Diphtherieepidemien wirksam zu bekämpfen und zu verhindern. Die Verbreitung der Diphtherie geschieht durch Bazillenträger, gesunde Personen, die in ihrem Rachen Diphtheriebazillen beherbergen, ohne selbst jemals an Diphtherie erkrankt gewesen zu sein — an manchen Schulen Berlins fand man bei nicht weniger als 50% gesunder Kinder Diphtheriebazillen — oder Diphtheriekranken, die nach Ablauf des Krankheitsprozesses oft wochen- und monatelang Diphtheriebazillen bei sich tragen. Jakobsthal meint allerdings, daß eine Uebertragung durch Bazillenträger vorkommt, daß aber die Gefahr nicht so groß ist. Er hat im Gegensatz zu Loeffler eine Abnahme der Virulenz der Diphtheriebazillen konstatiert. v. Behring, Dietrich, Kretschmer, Sommerfeld u. a. aber weisen auf die Gefährlichkeit der Bazillenträger hin. Sommerfeld betont auch, daß die Behauptung, bei Bazillenträgern gefundene

Bazillen wären weniger oder nicht virulent, durchaus nicht zutrifft. Oben genannte Autoren stimmen überein in der Ansicht, daß eine wirksame Diphtheriebekämpfung nicht allein durch Absperrung der Kranken und ihrer Angehörigen, durch schematische Karenzzeit, Schulschließung und Desinfektion zu erreichen ist, sondern nur durch Zuziehung der bakteriologischen Kontrolle. Erst wenn mindestens zweimalige Untersuchung ein Freisein von Bazillen ergeben hat, ist eine Entlassung, Besuch der Schule etc. zu gestatten.

Leider gibt es bisher keine sicher wirksamen Mittel, um die Persistenz der Diphtheriebazillen abzukürzen. Alle dahin zielenden Versuche mit Pyocyanase, Gurgeln mit antiseptischen Substanzen, Formaminttabletten etc. haben keine befriedigenden Resultate gezeigt. v. Behring verspricht sich viel für die Entkeimung der Bazillenträger von der lokalen Anwendung des gewöhnlichen Diphtherieserums in Form von Spray oder energischer Betupfung. Die neuesten Mitteilungen von Petruschky sprechen dagegen, und auch Neißer's Erfahrungen waren nicht auffallend günstig. Petruschky hat in einigen Fällen Vakzination mit abgetöteten Diphtheriebazillen versucht und empfiehlt diese Methode. Peglar und andere schlagen die Totalexstirpation der Tonsillen vor; doch sah Referent des öfteren neue Diphtherieinfektionen auf den kaum noch erkennbaren Tonsillenstümpfen. Dopter will befriedigende Erfolge mit bakterizidem Serum in Pastillenform (im Munde zergehen lassen) gehabt haben. Kretschmer hat mit bakterizidem Serum (Höchst) Einpinselungen gemacht, doch hat er keine Fortschritte gegenüber den anderen gebräuchlichen Mitteln gesehen. Kretschmer ist der Ansicht, daß Gurgeln, Pinseln etc. nur die auf der Oberfläche sitzenden Bazillen töten kann. Die Krypten der Tonsillen bieten aber mit ihren Pfröpfen und zahlreichen Buchten für die Diphtheriekeime einen guten und schwer zugänglichen Boden. Seines Erachtens nach bietet die beste Aussicht auf Erfolg die Ausquetschung der Tonsillen.

XVI. Tracheotomie und Intubation.

Ueber die Frage, ob die Tracheotomie oder die Intubation das vorteilhaftere und bessere Verfahren ist, herrschen zur Zeit noch Meinungsverschiedenheiten. Während von manchen Autoren die Intubierung vorgezogen und empfohlen wird, da sie nach ihrer Ansicht bequemer auszuführen ist und auch nach Rombach die Mortalität bei diesem Verfahren eine geringere ist, als bei der Tracheotomie, treten andere energisch für die primäre Tracheotomie, als für das wirksamere und humanere Verfahren ein. Schönholzer mußte von 136 primären Intubationen die Hälfte (68) sekundär tracheotomieren. Die Mortalität ist nach Schipper's Erfahrung

gen beim Luftröhrenschnitt auch nicht höher als bei der Intubation, während letztere Methode seines Erachtens nach selbst im Krankenhause viele Unannehmlichkeiten hat.

Zur Ausführung des Luftröhrenschnittes empfiehlt L e e d e die Tracheotomia inferior mit kleinem queren Hautschnitt, da durch diese Art der Operation große Hautwunden, insbesondere Hautnähte, schwere Blutungen und Gefäßunterbindungen, sowie große Trachealinzision und größere Wundhöhlen vermieden werden. Von Narkose bei der Operation sieht L e e d e ab, da hierdurch nur die Angst vermehrt, hierdurch aber wieder die Atemnot gesteigert wird. Es kommt leicht zu Blutandrang in die Halspartien, der nun plötzlich durch akute Schwellung im Larynx die Luftzufuhr vollständig verlegen kann. Die Trachea inzidiert er stets in situ, ohne sie erst anzuhaken, da Anhaken und Anziehen seiner Erfahrung nach häufig durch Abknickung eine momentane absolute Verlegung der Luftröhre bewirkt, wodurch die Atemnot und Unruhe gesteigert und die Schnittführung erschwert wird.

H a n s empfiehlt die Tracheotomia longitudinalis mit transversalem Hautschnitt. Durch Versuche hat er festgestellt, daß bei Querinzision stets eine Impression des oberen Randes des Gummischlauches, sowie eine starke winklige Abknickung des ganzen Rohres nach Einführung der Kanüle stattfindet. Er glaubt, daß noch vielmehr an der durch Querknorpel versteiften Luftröhre eine solche Abknickung zu erwarten ist. Die Längsinzision bietet seines Erachtens nach die geringste Deformierung. Zu einer schönen linearen Narbe ohne jede Naht kommt es schon allein durch den queren Hautschnitt. Dieselbe Methode empfiehlt auch R o h n e r.

K e i n e r nahm die von F r a n k empfohlene Tracheotomia transversa an einer Anzahl von Kindern vor. Er modifizierte sie in der Weise, daß er den oberen und unteren Rand des Hautschnittes an die oberhalb bzw. unterhalb der Wunde befindliche Halsregion temporär annähte. Es besteht der Vorteil, daß ein großes quadratisches Operationsfeld entsteht, das den Operateur von Assistenz unabhängig macht. Weiterer Vorzug ist der, daß man sowohl Tracheotomia superior als auch inferior vornehmen kann. Der quere Einschnitt in die Trachea wurde im Gegensatz zu dem F r a n k'schen Verfahren erst nach retrofaszieller Ablösung des Schilddrüsen-Isthmus zwischen dem zweiten und dritten Trachealring vorgenommen. Während der Dauer des Operationsaktes wird die Intubationskanüle in den Larynx eingeführt.

D e n k e r weist auf das von Prof. B o t e y (Barcelona) eingeführte Verfahren hin, das er als Intercrithyreotomie bezeichnet: Einführung einer Kanüle in den Kehlkopf durch das Ligamentum conicum.

Denker empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen, mit einem zweischneidigen Messer direkt am oberen Rande des Ringknorpels einzustechen und eine mit einem Mandrin versehene entsprechend abgebogene Kanüle rasch einzuschieben.

Er hält dieses Verfahren für einen kleinen, leicht ausführbaren Eingriff, der in Fällen dringendster durch Asphyxie bedingter Lebensgefahr angewendet werden kann.

Langenstraß beobachtete an der Stintzing'schen Klinik einen Fall von Diphtherie mit Fremdkörpersuffokation durch eingedicktes Sekret. Es handelte sich um ein fünfjähriges Mädchen, das am fünften Tage der Krankheit im Zustand hochgradiger Atemnot mit weithin hörbarem Stridor aufgenommen wurde. Da die Intubation wegen völliger Verlegung der Glottis durch Membranen nicht gelang, wurde die Tracheotomia inferior ausgeführt. Danach wurde die Atmung sofort frei. Am Morgen des dritten Tages Ausstoßung eines Pfropfes (Ausguß der Trachealbifurkation). Exitus unter hohem Fieber mit Euphorie.

XVII. Schule und Diphtherieausbreitung.

Die Ansichten, inwieweit die Schule die Ausbreitung der Diphtherie beeinflußt, sind verschieden. Während z. B. Flüge in einer Arbeit über die Diphtherie in Breslau zu dem Ergebnis kommt, daß der Schule nur ein geringer Einfluß zukommt, glauben andere Autoren, z. B. Heubner, bestimmt einen Einfluß der Schule nachweisen zu können. R. Schultz meint, daß schon durch bloße Ueberlegung sich ergibt, daß der Einfluß der Schule auf die Ausbreitung der Diphtherie ein erheblicher sein muß. Die Träger des Diphtheriebazillus können im Beginn einer schweren Erkrankung oder in der Rekonvaleszenz, sei es als nur leicht Erkrankte oder als anscheinend gesunde Bazillenträger die Schule besuchen. Die Berührung in der Schule, besonders in den einzelnen Klassen, ist doch aber eine so intensive, daß eine Uebertragung unvermeidlich sei. Die Schüler sprechen sich an, husten sich an, benutzen gemeinschaftlich Gegenstände, Trinkbecher, so daß den Disponierten genug Gelegenheit gegeben ist, frischen Infektionsstoff in sich aufzunehmen, und eine Uebertragung natürlich nicht ausbleiben kann. Ende 1907, zusammenfallend mit einer erheblichen Steigerung der Diphtherie in Berlin, wurde von Schultz eine erheblichere Ausbreitung in den Klassen beobachtet.

Eine auf Antrag von Schultz vom städtischen Untersuchungsamt nach den Ferien vorgenommene Untersuchung sämtlicher Schülerinnen auf Diphtheriebazillen ergab, daß neun Bazillenträger die Schule besuchten.

Die Schule hat, wie **Schultz** sagt, für die Ausbreitung der Diphtherie noch eine andere erhebliche Bedeutung. Da jedes Kind außerhalb der Schule einen bestimmten Bekanntenkreis hat, mit anderen Kindern zusammenkommt, so ist dieser Kreis in größerem oder geringerem Grade der Infektion ausgesetzt. Wenn nun aber in einer Schule sich eine Diphtherie einmal ausbreitet, wird die Krankheit in viel größerem Maße in neue infektionsfähige Kreise gebracht, als bei der Infektion außerhalb der Schule. Es ist daher seines Erachtens nach nötig, bei Auftreten eines Diphtheriefalles in einer Klasse sämtliche Insassen der Klasse auf das Vorhandensein von Diphtheriebazillen zu untersuchen. Diejenigen, deren Untersuchungen ein positives Resultat ergeben haben, sind auszuschließen. Der wegen Diphtherieübertragung ausgeschlossene Schüler kann wieder zugelassen werden, wenn eine zweimalige bakteriologische Untersuchung negativ ist. Ist aber der betreffende Bazillenträger nach vier oder im Höchsthalle sechs Wochen bei augenscheinlicher Gesundheit noch nicht frei von Diphtheriebazillen, so ist er zum Schulbesuch wieder zuzulassen, muß aber einen gesonderten Sitzplatz erhalten.

Journal-Auszüge.

Agrypnie.

Ueber das Overlach'sche Trivalin. Von Dr. O. **Berneker** (Ost-Krankenhaus Berlin). Das Trivalin gesellt dem Morphin die sedative Wirkung der Isovaleriansäure und soll durch seinen Gehalt an Kokain und Koffein die lähmende Wirkung desselben aufheben. Alle drei Alkaloide sind darin an Isovaleriansäure gebunden.

Auf Anregung von Prof. **Kromayer** wurde Trivalin im Ost-Krankenhaus an 53 Fällen erprobt; dem Charakter des Krankenhauses entsprechend handelte es sich meist um durch Erkrankungen im Bereiche der Genitalsphäre bedingte heftige Schmerzzustände, Epididymitiden und Funikulitiden, perakute Prostatitiden, Spermatozystitiden, Polyarthritiden gonorrhoeica. Naturgemäß handelte es sich vorwiegend darum, den Kranken eine ungetrübte Nachtruhe zu verschaffen. Bei nicht zu heftigen Schmerzen trat nach subkutaner Injektion von nur $\frac{1}{2}$ ccm (= 0,009 Morphin. valerian. + 0,00185 Coffein. valerian. + 0,0025 Cocain. valerian.) nach einer halben bis einer ganzen Stunde ruhiger Schlaf ein, der fünf bis sechs Stunden anhielt. Patienten, die während dieser Zeit erwachten, empfanden nur geringe Schmerzen und schliefen bald wieder ein. Am Morgen erwachten die Patienten durchweg ohne Eingenommenheit des Sen-

soriums; eine leichte Euphorie, die namentlich bei den oft ganz verzweifelnden, von Schmerzen geplagten Epididymitikern mit Freude zu begrüßen war, hielt noch in den Vormittagsstunden an. Erbrechen beobachtete Verfasser in keinem Falle; nur ein Neurastheniker, der jeder Medikation großes Mißtrauen entgegenbrachte, klagte am nächsten Morgen nach subkutaner Injektion von $\frac{1}{2}$ ccm über Uebelkeit. Nach einigem Zureden ließ er sich indessen am folgenden Abend zu einer zweiten Injektion, diesmal von 1,0 ccm, bewegen, die er ohne jede Störung vertrug. Die Dosis von 1 ccm, die Verfasser bei exzessiven Schmerzzuständen anwandte, wurde nicht überschritten. Sie bewirkte in drei Fällen, in denen sie bei äußerst schmerzhafter Epididymitis auch in den Vormittagsstunden gegeben wurde, vier- bis fünfstündigen Nachlaß der Schmerzen, verbunden mit starker Beruhigung und leichter Müdigkeit. In zehn Fällen wurde die Injektion von 1 ccm am folgenden Tage wiederholt, ohne daß eine Abnahme der Wirkung eintrat. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt Verfasser, das Trivalin wegen seiner prompt einsetzenden analgetischen und sedativen Wirkung und wegen des konstanten Fehlens von Nebenerscheinungen zur Nachprüfung empfehlen zu dürfen. Auch der Name, der den Anklang an das für viele Patienten ominöse Wort „Morphin“ meidet, dürfte bei vielen Fällen, bei denen Narkotika unentbehrlich sind und schon vielfach angewandt wurden, dem Trivalin einen Wirkungskreis sichern.

(Dermatolog. Wochenschrift 1912 Nr. 45.)

Die praktische Verwertbarkeit des Adalins als Schlafmittel und Beruhigungsmittel. Von F. Lube.

1. Das Adalin wirkt in einer Dosis von 1 g als gutes Schlafmittel. Nur bei ganz schweren Fällen von Schlaflosigkeit scheint es zu versagen.

2. Eine Gewöhnung an das Adalin als Schlafmittel scheint nach zwei bis drei Wochen einzutreten. Jedoch hat das Mittel, wenn es dann nur wenige Tage mit einem anderen vertauscht war, dann wieder in der anfänglichen Dosis eine prompte gute Wirkung.

3. Mit Gaben von 1 g Adalin ist im wesentlichen derselbe Erfolg zu erzielen wie mit 0,5 Veronal.

4. Bei Schlaflosigkeit, die mit Schmerzen einhergeht, ist eine Kombination von Adalin mit Phenacetin empfehlenswert.

5. Als Beruhigungsmittel wirkt Adalin nur bei leichteren Verstimnungs- und Erregungszuständen. Bei Zuständen, die mit schwerer Angst oder mit großer Erregung und motorischer Unruhe einhergehen, konnte ein Erfolg nicht erzielt werden.

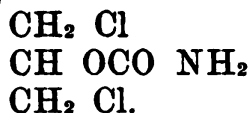
6. Bei Chorea und Epilepsie scheint das Adalin keine besondere Wirkung zu haben.

7. Das Adalin wird ohne jede unangenehme Nebenerscheinung oder Nachwirkung in einer Dosis bis zu 2 g gut vertragen und ist schon deshalb eine wesentliche Bereicherung unseres Arzneischatzes.

8. Der Preis des Adalins ist im Verhältnis zu den übrigen Schlafmitteln ein ziemlich hoher.

(Inaug.-Dissert. Göttingen 1912.)

Ueber Aleudrin, ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel. Von Nervenarzt Dr. med. Rudolf Topp (Aus der St. Josephs Heilanstalt zu Berlin-Weißensee). Dieses von der Chemischen Fabrik Dr. Bruno Beckmann, Berlin, in den Handel gebrachte Präparat ist in chemischer Beziehung der Carbaminsäure-ester des α - α -Dichlorisopropylalkohols von der Zusammensetzung



Weiß, geruchlos, schön kristallisierend. In kaltem Wasser löst es sich schwer, leichter in warmem, bei 70° zu etwa 6%. Leicht löslich ist es in Alkohol, Aether, Glyzerin und fetten Oelen. Aleudrin kommt in Tabletten à 0,5 g in den Handel. Die Tabletten, welche gut zerfallen, werden am besten in heißem Zuckerwasser, Tee, Zitronenwasser oder Bier gegeben. Einige Patienten zerkauten auch die Tabletten und spülten sie dann mit einem Schluck Flüssigkeit hinunter, Störungen von seiten des Magendarmkanals hat Verfasser nie beobachtet. Der Schlaf trat durchweg nach Dosen von 1,0—1,5 g ein; mit geringeren Dosen konnte er nicht erzielt werden. Die Dauer des Schlafes betrug vier bis sieben Stunden; gewöhnlich trat 20 Minuten bis 1/2 Stunde nach Einnahme der Tabletten angenehm empfundenes Ermüdungsgefühl ein, das rasch in Schlummer und ruhigen Schlaf überging. Letzterer machte einen durchaus natürlichen Eindruck. Nach dem Erwachen fühlten sich die Patienten zumeist völlig frisch, beschwerdefrei, selten wurde über nachwirkendes Ermüdungsgefühl geklagt. Schwindel und eigentliche Benommenheit war nach obigen Dosen, die Verfasser nur vereinzelt überschritten hat, niemals vorhanden. Völlig refraktär gegen Aleudrin erwiesen sich ihm drei Fälle: eine Lues cerebri, ein Tumor cerebri, eine Meningitis tuberculosa (in ambulatorischer Praxis); bei diesen Fällen, die mit besonders heftigen Kopfschmerzen einhergingen, war eine genügende analgetische oder hypnotische Wirkung nicht zu erzielen. Brauchbar erwies sich das Mittel dagegen bei Neuralgien, bei Tabikern mit lanzinierenden Schmerzen, sowohl als schmerzstillendes wie als schlafbringendes Medikament; ebenso hat Verfasser es mit deutlichen Erfolgen in refracta dosi (0,5 g drei- bis viermal täglich) als Sedativum bei manischen Erregungszuständen, bei Delirium alcoholicum

und bei Aufregungszuständen im Anschluß an Entziehungskuren verordnet. Gerade hier scheint eine Hauptdomäne seiner Verwendung zu liegen. Ob das Aleudrin, im ganzen genommen, anderen modernen Schlafmitteln überlegen ist, muß Verfasser vorläufig dahingestellt sein lassen; die Zahl der Versuche und die Zeitdauer seiner Anwendung ist noch zu gering, um ein derartig abschließendes Urteil zu fällen. Daß es sich aber vielen ebenbürtig zur Seite stellt, darf Verfasser füglich jetzt schon behaupten. In mehreren Fällen hat es da noch Erfolg gehabt, wo vorher andere Mittel keinen bzw. keinen nennenswerten Effekt erkennen ließen. Sicher stellt das Aleudrin eine schätzenswerte, der Nachprüfung und Weitererprobung würdige Bereicherung unseres einschlägigen Arzneischatzes dar.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 47.)

Alopecia.

Die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung. Von Dr. H. Merz (Basel). Verfasser ist zu der Ueberzeugung gelangt, daß wir im Sulfoform zurzeit das wirksamste Schwefelpräparat gegen diese Affektion besitzen. Im großen und ganzen befolgt Verfasser die Joseph'sche Methode, bestehend in vorbereitender Waschung mit Sapo kalinus und nachfolgender Sulfoformapplikation. Es hat sich im Laufe der Zeit nachfolgender Behandlungsmodus als der beste erwiesen: Während der ersten acht Tage wird täglich einmal der Kopf scheitelweise mit ziemlich starker Bürste mit (nicht zu konzentriertem) Spiritus saponis kalinus tüchtig gereinigt. Den entstehenden Schaum läßt man 15—20 Minuten eintrocknen und spült dann mit reichlichen Mengen warmen Wassers das teils mechanisch, teils chemisch gelöste Material ab. Hierauf werden die Haare getrocknet (Föhn). Die nun folgende Applikation des Sulfoforms kann in Salbenform oder öliger Lösung erfolgen, und zwar wird dasselbe wiederum mit der Bürste eingerieben. Verfasser hat das Sulfoform in verschiedenen Vehikeln zur Anwendung gebracht. Als Salbe ist es bei männlichen Patienten sehr gut zu gebrauchen, während dieser Modus bei Damen wegen der sehr lästigen starken Verfettung der langen Haare bald auf Widerstand stößt. Die ölige Lösung ist in dieser Hinsicht etwas günstiger, obwohl ihr immer noch derselbe Nachteil anhaftet, weshalb sie sich auch nicht gut für die tägliche Behandlung eignet. Die alkoholisch-ölige Lösung, die Kaufmann darstellt, ist angenehmer im Gebrauch, darf aber wegen Gefahr einer Reizung nicht mit der Bürste, sondern nur mit dem Finger eingerieben werden. Herr Apotheker W. Kratz stellt hier in seinem chemisch-pharmazeutischen Laboratorium, neben einem zweckmäßigen Seifenspiritus, eine Sulfoformsuspension mit mäßigem Fettgehalt dar, die Verfasser gute Dienste leistet und noch nie zu Reizungen führte. Ist nun die

Behandlung auf diese Weise acht Tage exakt und energisch durchgeführt worden, so genügen für die folgenden drei Wochen wöchentlich zwei Waschungen und zweimalige Anwendung der K r a t z'schen Suspension. Während die Applikation der letzteren noch für längere Zeit nicht unter zweimal wöchentlich sinken darf, sind die Waschungen weniger oft nötig, z. B. acht-, dann vierzehntägig und schließlich dreiwöchentlich je einmal. Für die Dauerbehandlung verwendet Verfasser nur noch die K r a t z'sche Suspension, hie und da auch die alkoholisch-ölige Lösung. Damit ist die eigentliche Kur beendet. Gewöhnlich aber behält die Kopfhaut ein fahles Aussehen und fühlt sich schlaff an, es fehlt der normale Turgor. Es ist deshalb zweckmäßig, durch eine entsprechende Nachbehandlung zu versuchen, die Blutzirkulation der schwer geschädigten Kopfhaut zu heben. Man hat sich bis jetzt zu diesem Zweck mit Einreibung von tonisierenden Kopfwässern begnügt, z. B. bei trockenen Haaren 4%iger Kantharidentinktur, bei fetten 2%igen Resorzinspiritus. Verfasser hat aber von jeher den Eindruck gehabt, daß sich spirituöse Mittel sehr wohl eignen für eine milde Dauerbehandlung, jedoch ungenügend wirken gerade im Anfang der tonisierenden Therapie, wo wir möglichst rasch und energisch der atrophisierenden Wirkung der durchgemachten Krankheit entgegen wirken wollen. Es war naheliegend, auf der Suche nach einem anderen geeigneten Agens die Lichttherapie heranzuziehen, und zwar speziell die ultravioletten Strahlen. Wir wissen, daß die Kapillaren ultraviolett bestrahlter Hautpartien längere Zeit die Eigentümlichkeit behalten, auf äußere mechanische Reize leicht zu reagieren, wo unbestrahlte Haut keine Reaktion zeigt. Wenn man eine solche Partie noch zwei bis drei Wochen nach der Bestrahlung einem mechanischen Reiz aussetzt (z. B. Massage), so hebt sich dieselbe deutlich von der Umgebung ab, und zwar infolge Erweiterung der Gefäße. Wenn wir also periodisch bestrahlen, erzeugen wir erstens unmittelbar eine Hyperämie, und zweitens haben wir die Möglichkeit, noch längere Zeit nach der Bestrahlung die erhöhte Reaktionsfähigkeit der Kapillaren durch geeignete Massage (Anwendung oben genannter spirituöser Medikamente) auszunützen. Wir schaffen also eine andauernde Hyperämie und können dadurch den Stoffwechsel merklich beeinflussen. Es hat denn auch diese Lichtbehandlung ausgezeichnete Dienste geleistet und oft Resultate gezeigt, die jedenfalls durch bloße Massage nicht erzielt worden wären. Verfasser benutzt die Uviollampe und führt jeweilen einen Turnus von drei Bestrahlungen mit etwa viertägigen Intervallen durch, dann folgt eine vierwöchige Pause. Die einzelnen Sitzungen dauern 25—40 Minuten in 5—10 cm Distanz. Stärkere Reaktion vermeidet er. Mit diesen so durchgeführten milden Bestrahlungen läßt sich eine länger dauernde Hyperämie erreichen, als mit einer starken; außerdem werden auf

diese Weise auch leichtere Schädigungen der Kopfhaut mit Sicherheit vermieden. In der vierwöchigen Ruhepause läßt Verfasser mit einem der obigen Haarwässer täglich leicht massieren und zweimal wöchentlich Sulfoformsuspension anwenden.

(Dermatolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

Zur Behandlung der Seborrhoe des Gesichts und der Kopfhaut. Von Dr. Georg Joachim (Berlin). Verfasser hat im Jahre 1909 in der Finsen-Klinik bei Dr. Nagelschmidt Versuche mit ultravioletten Lichtstrahlen vermittelt der von Nagelschmidt modifizierten Quarzlampe unternommen und hat die seborrhoischen Zustände der behaarten Kopfhaut gut beeinflussen können. Das brachte ihn auf die Idee, auch den Fettfluß des Gesichts mit ultravioletten Lichtstrahlen zu behandeln. Die Wirkung der ultravioletten Lichtstrahlen war analog der durch die Schwefelnaphtholpasten erreichten Schälung des Gesichts. Die theoretische Annahme hat sich also in der Praxis durchaus bestätigt, wie das ja auch gar nicht anders zu erwarten war, da die ultravioletten Lichtstrahlen die Epidermiszellen chemisch alterieren und zur Abstoßung bringen. Es ist auf diese Weise gelungen, statt der wochenlangen Schälpastenbehandlung die Seborrhoe des Gesichts und der behaarten Kopfhaut in bedeutend geringerer Zeit zur Heilung zu bringen vermittelt der Quarzlampe. Die Applikation der Lichtbehandlung ist aber auch fraglos für den Patienten weit angenehmer, als die Salbenbehandlung, indem das lästige Gefühl der lokalen Fettsalbenbehandlung fortfällt. Verfasser ist mit der Lichtbehandlung bei gleichzeitiger interner Therapie in den meisten Fällen vollkommen zum Ziele gelangt und hält die Einführung der Quarzlampe in die Kosmetik für einen bedeutenden Fortschritt. Das nach der Bestrahlung sich einstellende Erythem der Gesichts- sowohl, wie der Kopfhaut hat Verfasser aus kosmetischen Gründen mit Puder behandelt, und zwar hat er sich dazu des Albin-Puders bedient. Dieser Albin-Puder besteht aus Zinksuperoxyd, Borsäure, Talkum und fein geschlemmter Kieselgur. Letztere bewirkt eine große Aufsaugfähigkeit. Die Zusammensetzung des Puders hält Verfasser gerade zur Unterstützung der durch die Quarzlampe erzeugten Wirkung für sehr gut gewählt, ja in Fällen, wo keine Quarzlampe zur Verfügung steht, glaubt Verfasser, läßt sich mit dem Albin-Puder die Seborrhoe des Gesichts und der Kopfhaut allein schon günstig beeinflussen. Besonders wichtig ist ferner, daß alles Organische bei der Zusammensetzung vermieden worden ist.

(Allgem. med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 45.)

Traumatische Alopecie und Vitiligo. Von Chajes. Die von Sabouraud vertretene parasitäre Theorie der Aetiologie der Alopecie erfreut sich bis jetzt nur geringer Anerkennung. Viel über-

zeugender ist die sich auf experimentelle Untersuchungen Joseph's und Köster's stützende Anschauung der nervösen Ursache der Alopecie, die auch durch klinische Beobachtungen, z. B. Auftreten von Alopecie bei allgemeinen nervösen Erscheinungen, wie Tabes, Hemikranie usw., eine Bestätigung findet. Eine dritte Gruppe von Alopecien wird durch Traumen (Kopfverletzungen, Hirnläsionen) ausgelöst. Verfasser zitiert nun zwei von ihm beobachtete Fälle, in denen am Orte der Verletzung der Haarausfall, in einem Fall mit Vitiligo kombiniert, kurze Zeit nach stattgehabtem Trauma eintrat. Er erklärt die Erscheinung damit, daß durch das Trauma Läsionen der betreffenden Hautnerven geschaffen werden, die zu trophischen Störungen in dem von ihnen versorgten Gebiete führen, schließt sich also auch der „trophoneurotischen Hypothese der Entstehung der Alopecia areata“ an.

(Archiv für Dermatologie CXIII 1912. —
Dermatolog. Zentralblatt, Oktober 1912.)

Anämien.

Pilul. ferr. carbon. (Blaud) nach Vorschrift von Lenhartz. Von Dr. Kießling (Hamburg). „Seit längerer Zeit werden, wie ich höre, besonders hier in Hamburg, in steigendem Maße in den Apotheken Pilul. Blaud nach Lenhartz verlangt. Diese Tatsache hat einige Fabriken veranlaßt, Pilul. Blaud. nach Lenhartz herzustellen, die aber, wie ich mich verschiedene Male überzeugen konnte, in ihrer Beschaffenheit durchaus nicht den legetis nach der Lenhartz'schen Vorschrift angefertigten Pillen entsprechen. Untersuchungen über den Wert verschiedener Eisenpräparate, an denen ich selbst beteiligt war, hatten Lenhartz vor mehreren Jahren gezeigt, daß man die nach dem D. A. B. hergestellten Pilul. Blaud., wenn sie nach der Anfertigung schon hart waren oder bei längerem Stehen hart geworden waren, mitunter fast unverändert in den Fäzes auffinden kann. Das hatte seinerzeit dazu geführt, daß Lenhartz nach vielfachen Versuchen eine Vorschrift ausarbeiten konnte, die außerordentlich leicht lösliche, weiche und doch sehr haltbare Pillen ergab, mit denen bei Chlorose- und Anämiekranken ganz auffallend gute Erfolge erzielt wurden. Der Unterschied in der Lenhartz'schen Vorschrift gegenüber den Pilul. Blaud. D. A. B. 5 besteht darin, daß nicht einfach ein Gemenge von Ferrum. sulfur. und Kal. carbon., sondern absichtlich die Umsetzung der beiden genannten Salze auf dem Dampfbade in Ferrokarbonat unter möglicher Vermeidung der Oxydation, unter sehr starker CO₂-Entwicklung und Zuckerzusatz gefordert wird. In den Pilul. Blaud. D. A. B. 5 liegt also das Ferr. sulfur. und das Kal. carbon. als reaktionslose Masse nebeneinander, da die zur Auslösung einer

Reaktion erforderliche Wassermenge absichtlich vermieden wird. Die Folge hiervon ist, daß beim Lagern solcher Pillen keine Umsetzung des leicht oxydablen Ferrosulfates durch die Luftfeuchtigkeit mit dem Kaliumkarbonat zu Ferrokarbonat eintreten kann, sondern, wie der Versuch beweist, nur eine Oxydation des Ferrosulfates vorliegt. Das in den L e n h a r t z'schen Pillen vorhandene Ferrokarbonat hingegen ist sehr schwer oxydationsfähig. Infolgedessen zeigen diese Pillen selbst nach jahrelanger Aufbewahrung keine größeren Mengen von Eisenoxydsalzen. Die richtige Anfertigung der L e n h a r t z'schen Vorschrift erfordert eine sehr sorgfältige zwei- bis dreitägige Behandlung auf dem Dampfbade (und darauf kommt es vor allem an), damit die fertigen Pillen, deren Gewicht aus 0,3 g festgesetzt ist, mit der vorgeschriebenen, verhältnismäßig geringen Menge Pillenmasse (Rad. Altheae) den richtigen Eisengehalt aufweisen. Sie müssen teigigweich sein, müssen sich in Salzsäure augenblicklich auflösen und dürfen höchstens ganz geringe Mengen von Eisenoxydsalzen enthalten. Nach dem D. A. B. 5 lege artis angefertigte Pilul. Bland., wie verschiedene von Fabriken unter dem Namen „Pilul. Bland. nach L e n h a r t z“ ausgegebene und von Herrn Apotheker Dr. O r t h untersuchte Pillen entsprachen den oben angeführten Bedingungen in keiner Weise. Die genaue Vorschrift zur Anfertigung der Pilul. ferr. carbon. nach L e n h a r t z lautet:

Ferr. sulfur. cryst.	120,0
Glyzerin.	42,0
Sacchar.	40,0
Kal. carbon.	60,0
Natr. bicarb.	60,0

werden genau der Reihenfolge nach auf dem Dampfbade gemischt und mit 75 g Aq. dest. versetzt. Nach zwei- bis dreitägigem Stehen auf dem Dampfbade wird ein Gemisch von Magnes. ust. 10,0 und Rad. Altheae pulv. 20,0 hinzugefügt und zur Pillenmasse eingedickt. Jede Pille muß 0,3 g schwer sein. Die Herstellung läßt sich natürlich nicht für die Verordnung von 100 oder 200 Pillen anwenden und lohnt sich auch nur für die Anfertigung größerer Mengen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Kombinationstherapie bei perniziöser Anämie. Von Prof. Dr. L. B r i e g e r (Aus der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin). Im Laufe der letzten drei Jahre hat Verfasser sich bei drei Fällen von perniziöser Anämie von der günstigen, allerdings nur vorübergehenden Wirkung der Kombination einer innerlichen Verabreichung von Arsenik mit Pankreatin überzeugen können. Verfasser bemerkt, daß das Arsenik hier innerlich in Gestalt der Solut. Fowleri in der üblichen Weise mit dreimal zwei Tropfen beginnend

bis acht Tropfen dreimal pro die steigend, um dann wieder herabzugehen, verabfolgt wurde. Vom Pankreation (J. D. Riedel) wurde dreimal täglich eine Messerspitze vor der Mahlzeit, das Arsenik nach der Mahlzeit gegeben. Eine Dauerheilung ließ sich aber durch diese Kombinationskur nicht herbeiführen. Die beiden letzten Patientinnen starben später, nachdem sie aus der Behandlung getreten waren, während die erste Patientin nunmehr etwa drei Jahre unter Beobachtung sich befindet. Möglicherweise dürfte hier die sorgfältige Ueberwachung mit öfterer Kontrolle des Blutbefundes und sofortige Wiederholung der Kombinationskur bei alarmierenden Symptomen zur Verlängerung des Lebens beitragen. Die schnelle günstige Beeinflussung durch die Kombinationskur von Pankreatin mit Arsenik ist in allen drei Fällen ganz auffällig. Wurde Arsenik allein verabfolgt, so machten sich gleich die Mängel der reinen Arseniktherapie bemerkbar. Die günstige Wirkung ließ nach, die bedrohlichen Symptome nahmen wieder zu, Erbrechen, Durchfall traten auf, die aber bei gleichzeitiger Verabreichung von Pankreatin (Fall 2) wieder verschwanden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Anästhesie, Narkose.

Dubarr empfiehlt **Zusatz von Methylenblau** zu den für Lokal-anästhesie gebräuchlichen Lösungen. Dieser Zusatz soll den Vorteil bieten, daß die Grenze des anästhetischen Gebietes überall (mit Ausnahme der Muskulatur) unzweideutig hervortritt, trotz aller Verschiebungen des Gewebes und selbst durch einen Jodanstrich hindurch. Das Methylenblau fließt nicht aus der Wunde, so daß die Tampons kaum gefärbt werden. Eine Formel lautet z. B.: Novocain 1,0, Methyl. coerul. 0,005, Aq. destill. 10,0.

(Presse médicale 1912 Nr. 47. —

Mediz. Klinik 1912 Nr. 45.)

Eusemin in der kleinen Chirurgie. Von Dr. P. v. Coellen (Remagen). Der praktische Arzt wird sich nicht gern lange mit der zeitraubenden Zubereitung und Sterilisierung einer anästhesierenden Mischung aufhalten; er bedarf eines außerdem stets gebrauchsfertigen, darum haltbaren, gut wirksamen und handlichen Präparates. Diese erwünschten Eigenschaften erfüllt in vollkommenstem Maß das „Eusemin“, welches in dem physiologischchemischen Laboratorium von Hugo Rosenberg in Charlottenburg hergestellt wird. Eusemin enthält die so schätzbare Verbindung von Kokain und Adrenalin in der noch als wirksam erprobten geringsten Menge: in 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung 0,0075 Cocain. hydrochlor. und 0,05 einer $\frac{1}{1000}$ Adrenalinlösung. Verfasser hat denn auch während einer

vierjährigen Anwendung, selbst beim Gebrauch von 3—4 ccm, nie eine noch so geringe toxische Wirkung gesehen. Aus einer großen Reihe von Veröffentlichungen von Augen-, Nasen- und Zahnärzten darf man schließen, daß Eusemin auf diesen Gebieten mit bestem Erfolg viel angewandt wird. Verfasser möchte auf die guten Resultate hinweisen, die auch in der allgemeinen Praxis mit dem Mittel zu erzielen sind, und deretwegen es verdient, in weitestem Umfange den praktischen Arzt bei Ausübung der kleinen Chirurgie zu unterstützen. Ein Umstand, der hierbei besonders von Gewicht sein dürfte, ist die Abgabe des Eusemins in zugeschmolzenen kleinen Glasphiolen von 1 und 2 ccm Inhalt, die es ermöglichen, das gebrauchsfertige Mittel ohne besondere Vorsicht aufzubewahren und auch mit in die Wohnung des Kranken zu nehmen. Infolge des niedrigen Preises des Eusemins (eine zirka 1 ccm Phiole kostet 0,20 M.) kann jeder Arzt auch ganz unbemittelten Patienten die Wohltat dieses Anästhetikums zugute kommen lassen. Bei wie vielen Operationen Verfasser Eusemin im Laufe der Jahre anwandte, kann er nicht genau angeben — es mögen deren etwa 300 gewesen sein — aber er weiß, daß es ihn in keinem einzigen Falle im Stiche ließ, selbst dann nicht, wenn eine Phiole älteren Datums benutzt wurde. Die Form dieser Anwendung deckt sich mit jeder gebräuchlichen Art der Einspritzungsanästhesie, sei es direkte Infiltration, auch tieferer Teile, zirkuläre Umspritzung oder Leitungsanästhesie. Um den Eingriff völlig schmerzlos vornehmen zu können, empfiehlt Verfasser, bis zum Beginn nicht zu kurze Zeit verstreichen zu lassen. Zehn bis fünfzehn Minuten genügten allerdings in den meisten Fällen, selbst bei entzündetem Gewebe; nur wurde hierbei das eingespritzte Quantum etwas vergrößert, da vom nicht entzündeten Gewebe aus vorgegangen wurde. Im einzelnen handelte es sich bei Anwendung des Eusemins in Verfassers Praxis um folgende Fälle: zahlreiche Extraktionen von Zähnen und Zahnwurzeln, Ausschneiden von Naevi an den verschiedensten Körperregionen, Entfernungen von eingestoßenen Nadeln, Splittern, Dornen, von Schrotkörnern, in einem Falle von einer Teschinkugel aus dem rechten Oberarm, die sich am Knochen plattgeschlagen hatte und zwischen Periost und Knochen herumgerutscht war. Gute Gelegenheit zur Verwendung des Eusemins boten ferner Phimosen, Vernähtungen größerer Wunden sowie die Entfernung einer größeren Anzahl von Geschwülsten der verschiedensten Art im Gesicht, auf dem Kopf und am übrigen Körper, häufig Tonsillotomien, bei denen die Blutleere des Gewebes sehr in Erscheinung trat und besonders angenehm bei der Ausführung auffiel, eingewachsene Nägel und Panaritien (unter Leitungsanästhesie). Auch in der Geburtshilfe leistete Eusemin zu Episiotomien gute Dienste. Je eine Finger- und eine Zeh-Exartikulation konnten gleich-

falls unter seiner Einwirkung absolut schmerzlos durchgeführt werden. Abszesse, auch tuberkulöse, wurden nach Umspritzung eröffnet und ausgekratzt; auch hier war die Wirkung eine ausgezeichnete. Punktionen des Skrotums und des Abdomens wurden mehrmals mit gutem Erfolge hinsichtlich der lokalen Betäubung ausgeführt. Je einmal handelte es sich um die Exzision eines Primäraffektes des Präputiums und um eine Einrenkung einer Fingerluxation. Wenn in dem einen oder anderen Falle die Anästhesie zunächst keine vollständige war, so lag es stets an der unvollkommenen Technik der Injektionen. In solchen Fällen spritzte Verfasser unbedenklich ein weiteres Quantum ein und hatte dann stets einen vollen Erfolg. Nachschmerzen stellten sich nur in relativ seltenen Fällen ein und waren geringgradig, eine Verzögerung der Wundheilung trat nie ein (ein Beweis für die Zuverlässigkeit der Pasteurisierung des Mittels im Autoclaven), gleichfalls keinerlei Störung des Allgemeinbefindens. Nicht unerwähnt lassen möchte Verfasser, daß auch bei kleineren kosmetischen Operationen stets Eusemin von ihm benutzt wurde. (Klinisch therap. Wochenschrift 1912 Nr. 43.)

Arthritis urica.

Ueber Milderung und Verhütung der Gichtanfälle. Darüber schreibt Geh. Sanitätsrat Dr. Konr. Küster in Berlin: „Die Gicht kann erworben oder erblich sein. Bei der erworbenen sind Anfälle durch mäßiges und regelmäßiges Essen, durch mehr vegetarische Kost und durch verminderten Alkoholgenuß sicher hintanzuhalten. Weit ungünstiger ist die Aussicht für alle die, welche einen die Gichtanfälle begünstigenden Chemismus von ihren Vorfahren ererbt haben. Hier mildert mäßiges Leben wohl auch die Anfälle, aber diese werden trotzdem und alledem sich immer wieder bemerkbar machen. Ist man doch zu der Ueberzeugung gekommen, daß nicht von der Nahrung allein die verhängnisvolle Harnsäure stammt, sondern auch von dem inneren Stoffwechsel der Zellen. Während man bisher die Anfälle einzig und allein durch die Ernährung und eine den Stoffwechsel verstärkende Lebensweise zu verhüten suchte, hat Falkenstein als Erster dies durch den regelmäßigen Genuß von Salzsäure zu erreichen gesucht. Er ging von der Voraussetzung aus, daß die Salzsäure als das fleischverdauende Prinzip durch die stärkere Verdauung die Bildung von Harnsäure vermindern oder gar verhüten würde und den fehlerhaften Chemismus ausgleichen könnte. Der Ueberschuß an Säure, an dem Gichtiker oft leiden, wäre durch Gärungssäuren, die Buttersäure usw., bedingt, nicht durch überschießende Salzsäure. Ich kann dies bestätigen. Ich selbst habe stets einen guten Magen gehabt, litt aber doch oft genug an Säurebildung, die durch Nehmen von Natron gedämpft wurde. Ich hatte

Fleisch stets gut vertragen, ja konnte Säurebildung durch Genuß von Fleisch sehr gut beseitigen. In der Voraussetzung, einen gründlichen Mißgriff zu tun, nahm ich versuchsweise reichlich Salzsäure, 20—25 Tropfen, beim Essen. Ich war erstaunt, wie günstig dies auf den Magen einwirkte. Von überschüssiger Salzsäure merkte ich nichts, im Gegenteil, die Neigung zum Sodbrennen und das Aufgetriebensein, das ich nach dem Essen von Hülsenfrüchten hatte, verschwand vollständig. Durch die Salzsäure wurde also die abnorme Gärung verhindert. Es wurde mir auch verständlich, weshalb ich früher gerade durch Fleischgenuß die Säurebildung verminderte. Dieser vermehrte die Salzsäureabsonderung und hiermit die abnorme Gärung. Ich hatte nicht mehr nötig, Natron zu nehmen. Nun hat S. Cohn bei Empfehlung seiner Kaliumbehandlung bei Gicht angeführt, daß sich durch das viele Natronnehmen im Körper ein unlösliches Natriumurat bilde und daß dies es wäre, das bei den Gichtanfällen an den Gelenken sich ablagere. Hiernach würde das Nehmen von Salzsäure nach zwei Richtungen hin günstig wirken, einerseits durch die bessere Verdauung des Fleisches, andererseits durch die Verminderung des Natrongenusses. Die Wirkung der Salzsäure gegen Gichtanfälle ist bei mir unverkennbar gewesen. Ich bin erblich stark belastet und bin schon in jüngeren Jahren von schweren Gichtanfällen heimgesucht worden. Trotz aller Mäßigkeit wiederholten sich die Anfälle recht häufig. Ich vermied möglichst Bouillon, Fleisch und Alkohol, trank in Gesellschaften Wein nur mit Biliner oder Fachinger oder Selterser gemischt und nahm auch meistens früh morgens nüchtern natronhaltiges Wasser. Dagegen haben sich die Anfälle an Zahl und Stärke sehr vermindert, nachdem ich jahrelang den Genuß von Natron aufgegeben und dafür bei Tisch als Hausgetränk ein Glas Zuckerwasser mit zwölf Tropfen Salzsäure zu mir nahm. Und dieser günstige Zustand ist beigeblichen, trotzdem ich mich, übermütig geworden, im Fleisch- und Alkoholgenuß nicht mehr zurückgehalten habe. Dies möchte ich freilich auf die Dauer nicht befürworten. Eine mäßige Lebensweise wird immer notwendig sein. Während ich früher das von mir vor elf Jahren¹⁾ in die Praxis eingeführte Colchicin Merck häufig und in größeren Gaben nehmen mußte, komme ich jetzt, sobald ich etwas Ziehen in den Gelenken verspüre, mit nur ganz wenigen Pillen aus (Colchicin Merck 0,05 : 20 Pillen). Ich habe nach diesen Erfahrungen an mir selbst die Salzsäurebehandlung bei allen meinen Gichtkranken vorgenommen und habe gleichartige Erfolge erzielt. Hiernach scheint es keinem Zweifel zu unterliegen, daß wir behufs Verminderung der Gichtanfälle bisher einen unrichtigen Weg gewandelt sind und noch wandeln.

¹⁾ Zur Behandlung der Gicht. Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 30.

Noch immer werden natronhaltige Gewässer gegen Gicht empfohlen und Brunnenkuren verordnet. Es ist eine alte Erfahrung, daß Brunnenkuren ziemlich häufig zunächst einen Gichtanfall hervorrufen und daß man dann erst sich wohler und gichtfreier fühlt. Es ist dies nicht wunderbar. Man fühlt sich nach jedem Gichtanfall durch die erfolgte Ablagerung der angesammelten Natriumurate eine Zeit lang freier und besser und dies um so mehr, wenn man, wie bei der Brunnenkur, eine längere Zeit sich einer strengen Diät befließt hat. Der Ausbruch des Gichtanfalls bei der Brunnenkur erklärt sich in natürlicher Weise durch die vermehrte Einverleibung von Natron. Nach dieser Richtung hin werden die praktischen Aerzte in ihrem Verfahren zur Verhütung von Gichtanfällen vollständig umlernen müssen. Man hat ja zur Vermeidung von Gichtanfällen einen längeren Gebrauch von Colchicin, besonders auch von Liqueur de Laville empfohlen. Wenn ich auch nach Colchicin keine nachteiligen Folgen gesehen habe, so ist dieses doch immer ein Gift, dessen regelmäßiges Nehmen durch lange Zeit hindurch Bedenken erregen kann. Jedenfalls muß es zurückstehen, wenn man durch die natürliche und dadurch unschädliche Salzsäure und besonders durch das Vermeiden von Natron gleiche Erfolge erzielen kann. Nur bei chronischen Gichtformen, besonders der älterer Frauen habe ich einen längeren Gebrauch von kleineren Gaben (0,03 : 20 Pillen, abends eine Pille) angeordnet und dadurch einen Erfolg erzielt, der sich, seitdem ich außerdem noch Salzsäure verordne, vergrößert hat. Treten trotzdem und alledem akute heftige Gichtanfälle ein, so steht unter der großen Zahl der jetzt eingeführten Gichtmittel das Colchicin Merck noch immer obenan. Ich habe selten ein Mittel kennen gelernt, das mit solcher Gleichmäßigkeit und Sicherheit wirkt. Eine bis zwei Pillen, zwei bis drei Tage genommen, beseitigen nicht nur die Schmerzen, sondern auch die starken Anschwellungen. Ich habe früher in meinem bereits angezogenen Aufsatz über Gicht die Behauptung aufgestellt, daß die bedeutende Zunahme der Gicht seit etwa gut 50 Jahren durch den von Liebig veranlaßten stark vermehrten Fleischgenuß hervorgerufen sei. Ich muß als zweite Ursache dieser Erscheinung nun auch noch das Natron beschuldigen, das etwa zu derselben Zeit als Bullrich-Salz ein sehr beliebtes Magenmittel geworden ist. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß alle, die zur Gicht neigen, sich dieses Mittels enthalten müssen. Ich kann diese Erörterung nicht schließen, ohne darauf aufmerksam zu machen, daß gegen Gicht im Volke vielfach eine Zitronenkur gebraucht wird und daß als Getränk recht saurer Mosel- oder Apfelwein empfohlen wird. Ich habe Erfolge hierbei kaum gesehen. Die scheinbaren und behaupteten Erfolge lassen sich unschwer darauf zurückführen, daß die sauren Getränke anstatt der natronhaltigen Gewässer eingesetzt

worden sind und somit durch Verhütung der Bildung von Natriumurat Einfluß haben, aber selbst keine direkte Einwirkung ausüben.
(Allgem. med. Zentral-Zeitung 1913 Nr. 2.)

Wein, Apfelwein und Gicht. Von M o t a i s (Angers). In Frankreich ist die Ansicht allgemein verbreitet, daß in Apfelwein trinkenden Gegenden Gicht selten sei. Zum Beweis dafür berichtet M o t a i s von einem angesehenen Arzt, welcher seit zehn Jahren trotz sogenannter rationeller Diät und mäßigem Bordeauxgenuß von heftigen Gichtanfällen heimgesucht wurde. Er entschloß sich nunmehr, nur noch Apfelwein zu trinken, und sofort hörten die Anfälle auf. Nur während vier Reisen innerhalb von fünf Jahren, wobei er wieder Bordeaux- bzw. Burgunder-Weine trank, stellten sich prompt wieder kleine Attacken ein. Also: Bordeaux- und Burgunderweine sind für Gesunde unschädlich, bei Prädisponierten führen sie zu Gicht. Reiner Apfelwein dagegen macht keine Gicht, unterdrückt sogar solche Anfälle. — Hierzu möchte sich Referent (B u t t e r s a c k, Trier) zwei Bemerkungen gestatten: „Vor zirka zehn Jahren drückte mir ein Patient, ein französischer großer Weinhändler, sein Erstaunen aus, daß die deutschen Aerzte ihren Kranken Bordeaux verordneten. Tatsächlich wachse gar nicht so viel Bordeaux-Wein, und das Wenige, was gekeltert werde, wandere so ziemlich alles nach Paris in feste Hände. Da er selbst Weinberge im Garonne-Gebiet besaß, kann ihm Sachkenntnis nicht abgestritten werden, um so weniger, als die Berichte über die Erträge der dortigen Weinberge damit übereinstimmen. Reinen Burgunder, fügte er hinzu, bekomme man zwar auch nicht leicht, aber doch sei das nicht gerade ausgeschlossen. Zum zweiten: Apfelwein, Most genannt, ist ein leichtes und erfrischendes Getränk, welches — wenn rein — in der Tat empfohlen werden kann. Allein soweit meine Erfahrungen reichen, hat sich auch dieses billige Getränk allerlei Verfälschungskünsten nicht zu entziehen vermocht. Was mir im Laufe der Jahre unter den verführerischsten Etiketten als reiner Apfelwein kredenzt wurde, hatte mit dem Naturprodukt auffallend wenig Aehnlichkeit, so daß man auch beim Verordnen des Apfelweins vorsichtig sein muß.“

(Académie de Méd. 1912, 2. Juli. —
Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 44.)

Diphtherie.

Ueber postdiphtherische Lähmungen. Von E. D r a n s f e l d (Hannover). Verfasser ist zu folgender Ueberzeugung gelangt:

1. Die beste Behandlung postdiphtherischer Lähmungen besteht in Einspritzung von Heilserum; je schwerer die Lähmung, um so höher sei die Anzahl der I.-E., eine schädliche Wirkung ist nicht zu erwarten, und

2. lassen sich diphtherische Lähmungen mit Wahrscheinlichkeit vermeiden, wenn frühzeitig genügend I.-E. zur Einwirkung kommen.
(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 25.)

Unsere Diphtherieerfahrungen 1910/1911. Von K. Blüh-dorn (Aus dem Rud. Virchow-Krankenhaus in Berlin). Auch bei dieser Epidemie hat sich die frühzeitige Injektion des Serums bestens bewährt. „Wir gewannen nun bei einer großen Zahl der am ersten oder zweiten Tage aufgenommenen Fälle den Eindruck, daß es sich um schwere, rasch progrediente Erkrankungen handelte. Die Kranken fühlten sich subjektiv sehr elend, und im Rachen fanden sich ausgebreitete diphtherische Beläge. Wenn wir nun unter sofort eingeleiteter Serumbehandlung von 151 solcher mehr oder weniger schweren Kranken nur vier durch den Tod verloren und bei den andern einen Stillstand des lokalen Prozesses und rasche Besserung des subjektiven und objektiven Zustandes sahen — über eingetretene postdiphtherische Krankheiten soll bald berichtet werden —, so können wir an einem günstigen Einfluß des Serums wohl kaum zweifeln. Erwähnt sei hier, daß wir allerdings bei starken Belägen auch schon am ersten oder zweiten Tage relativ hohe Dosen Serums (bis 9000 I.-E.) verwandten und diese Gabe eventuell am nächsten Tage wiederholten. Trotz der hohen Serumdosen konnten jedoch Komplikationen in einer Anzahl auch früh eingelieferter Fälle nicht verhindert werden. So ist unser einziger Fall, den wir an einer universellen postdiphtherischen Lähmung verloren, nach der Anamnese — es handelte sich um eine 30jährige Frau — am zweiten Krankheitstage in unsere Behandlung gekommen und wegen des schweren Lokalbefundes sofort mit 10,000 I.-E. gespritzt worden. Wir haben in diesem Falle schwerer Lähmung und auch in einer Anzahl Fällen von postdiphtherischer Herzschwäche nach den günstig lautenden Angaben französischer Autoren im Verlaufe der Krankheit verschiedentlich nochmals hohe Serumdosen (20—30,000 I.-E.) injiziert, ohne jedoch einen Erfolg gesehen zu haben. Was die Applikationsweise des Serums anbetrifft, so geschieht diese bei uns seit langem intramuskulär, in eiligen Fällen spritzen wir auch intravenös, jedenfalls wird wegen der zu langsamen Resorption nie mehr subkutan injiziert. Unsere sonstige Behandlungsweise ist die bei Halsentzündungen übliche. Als sehr nützlich erwies sich uns in schweren Fällen mit starken Belägen ein permanenter Wasserstoffsuperoxydspray, dem die Patienten Tage und Nächte ununterbrochen ausgesetzt sind. Die Apparate, die bei uns direkt mit der Dampfheizung in Verbindung sind, erweisen sich als äußerst praktisch. Während über die Behandlung der Lähmungserscheinungen nichts Besonderes zu erwähnen ist, möchte ich noch an die Anwendung eines Mittels erinnern, das wir in Fällen von postdiphtheri-

scher Herzschwäche, die ja mit einer Blutdrucksenkung einhergeht, wohl manchmal mit Erfolg angewandt haben, des Adrenalins. Wir benützten es in der Form des käuflichen Epirenans und injizierten es subkutan (cave intravenös!) in Dosen von 1—5 ccm pro die. Es wird sich empfehlen, dieses Mittel stets zu versuchen, wenn man auch in schweren Fällen nicht oft einen Erfolg sehen wird.“

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 23.)

Ein Fall von Diphtherie mit Fremdkörpersuffokation durch eingedicktes Sekret. Von Langenstraß (Aus der Medizinischen Klinik zu Jena). Krankengeschichte: W. B., fünfjähriges Mädchen, aufgenommen am 3. November 1911, im Zustande hochgradiger Atemnot mit weithin hörbarem Stridor. Die Krankheit (Diphtherie) soll vor etwa fünf Tagen begonnen haben. Die Tonsillen sind geschwollen und gerötet; rechterseits wird eine kleine weiße Membran sichtbar; am Herzen sind keine Veränderungen nachweisbar. Die Lungengrenzen stehen in Höhe der siebten Rippe und des zwölften Brustwirbels und sind nicht nachweisbar verschieblich. Rechts hinten oben findet sich eine leichte Schallverkürzung. Atemgeräusch ist wegen des Stridors kaum wahrnehmbar. Als Folge der Larynxstenose bestehen tiefe inspiratorische Einziehungen. Da die Intubation wegen völliger Verlegung der Glottis durch Membranen nicht gelingt, wird die Tracheotomia inferior ausgeführt. Danach wird sofort die Atmung frei, und man hört auf der linken Lunge, vor allem hinten, feuchte Rasselgeräusche und reichliches Giemen. Die im fünften Interkostalraum, achten bis neunten Brustwirbel stehenden Lungenränder lassen auch jetzt keine Verschieblichkeit erkennen. — Injektion von 8000 I.-E. Serum. Der folgende Tag verlief leidlich gut. Aus der Trachealkanüle wurde reichlich schleimig-eitriges Sekret entleert. Das Kind war frei von Atemnot, aber verdächtig euphorisch bei hohem Fieber. Obgleich der Sprayapparat viele Stunden hindurch angewendet wurde, ließ allmählich die Expektoration von Schleim und Eiter in auffallender Weise nach, so daß die Kanüle fast ganz sauber blieb. Gegen Morgen des dritten Tages trat plötzlich wieder hochgradige Atemnot auf. Das Kind wurde stark zyanotisch und bekundete heftige Unruhe und Angst. Es fehlten die Einziehungen am Thorax, der sichtbare Atembewegungen nicht erkennen ließ. Die Lungenränder standen in nahezu der gleichen Höhe wie nach dem Luftröhrenschnitt und ebenso unbeweglich. Ein Atemgeräusch war nicht hörbar, nur hin und wieder, wie von fern her, leises Giemen. Bei vorübergehender Entfernung der Kanüle zwecks Inspektion der Trachea erblickte man in deren Lumen dicke, weiße Membranen. Zunächst gelang es nicht, die Atmung frei zu machen. Um keine Möglichkeit der Hilfe unerprobt zu lassen, sollte in extremis

mit einer langen Pinzette die Extraktion erreichbarer Membranen versucht werden. Nach dem ersten Eingehen wurde ein lebhafter Hustenreflex ausgelöst und dadurch ein derber, bräunlicher Pfropf in weitem Bogen ausgeworfen, der den Ausguß der Trachealbifurkation darstellt. Auf einem Querschnitte des Pfropfes sieht man makroskopisch eine derbere zentrale Achse; um diese liegen gefaltet Teile von Membranen und Schleim. Die mikroskopische Untersuchung des in Formalin gehärteten Objektes ergibt, daß außer der Hauptsache mehrere kleinere Centra sich finden, um die herum eine mehr oder weniger deutliche konzentrische Schichtung zu erkennen ist, und daß das Gebilde aus Fibrin, Schleim, Detritus und Mikroorganismen besteht. Momentan wurde die Atmung frei, und große Massen, offenbar hinter dem lederartigen, derben Pfropfe retinierten eitrigen Schleimes wurden entleert. Die Stellung der Lungenränder blieb unverändert, aber Atemgeräusch und Rasseln wurde überall hörbar. Gleichzeitig schwand die starke Zyanose, und einige Stunden leidlich guten Befindens folgten. — Als dann nahm jedoch die Atemnot wieder zu und führte unter Benommenheit und erneuter hochgradiger Zyanose zum Exitus. Als direkte Todesursache kam offenbar die mechanische Atembehinderung und die Zunahme der durch nichts bekämpfbaren Herzschwäche in Betracht. Bei der Sektion fanden sich die Bronchen und Bronchiolen ausgefüllt von Pseudomembranen und Eitermassen. Das Herz war dilatiert und die Herzmuskulatur in charakteristischer Weise getrübt. — Es entsteht die Frage, ob es mit den zu Gebote stehenden Mitteln möglich ist, den Eintritt solcher Komplikationen vorauszusehen und eventuell rechtzeitig zu verhindern. Dies wäre nur dann in vollem Umfange denkbar, wenn wir über deren Ursachen mehr Klarheit gewinnen könnten. Die nächstliegende Vermutung, daß die Kanüle zu eng gewesen sei und daß die Sekretmassen sich hier gestaut hätten, kann ausgeschlossen werden, da auf die richtige Weite der Kanüle besonders geachtet wurde. Unwahrscheinlich ist weiter, daß beim Reinigen der Kanüle die hier vorhandenen Sekretmassen nach abwärts gestoßen wurden, und zwar aus verschiedenen Gründen: Die Reinigung der inneren Kanüle war nur nach ihrer Herausnahme möglich, so fest klebten im Anfange die zähen Massen. Das Manipulieren mit der Federpose dürfte hier nicht ausgereicht haben, um größere Massen abzulösen. Sodann war einige Stunden vor Eintritt der Fremdkörperwirkung die Kanüle ganz sauber geblieben. Schließlich spricht der Befund der konzentrischen Schichtung um die Längsachse auch gegen eine Entstehung durch den angedeuteten Mechanismus. Am plausibelsten ist die Annahme, daß die Expektorationskraft doch nicht ausreichte, um alle Membranen zu expektorieren. Sie bildeten den Kern, um den sich von der Wand her immer neue Massen anlagerten. Dies wurde begünstigt durch die andauernd hohe Körper-

temperatur, die die Luftwege schließlich so wasserarm machte, daß der Sprayapparat trotz ununterbrochenen Arbeitens nicht imstande war, die Lösung und Expektoration der eindickenden Sekretmassen zu ermöglichen. Dazu kommt, daß die bis 41,2° fiebernde Patientin stundenlang in tiefer Somnolenz lag, aus der sie nur für Momente erweckt werden konnte, und daß sie deshalb nicht expektorierte. Nichtsdestoweniger erscheint es bedeutungsvoll, die Möglichkeit des Vorkommens solcher Komplikationen überhaupt zu kennen. In allen Fällen, wo der hier beobachtete Symptomenkomplex

1. Euphorie des Patienten, trotz klinisch sicherer Fortdauer der Krankheit, abwechselnd mit tiefer Somnolenz,
2. hochgradige Atemnot und Zyanose trotz völlig frei passierbarer und richtig gewählter Trachealkanüle,
3. Tiefstand der Lungen und Fehlen der Atemgeräusche,
4. hohes Fieber

auftritt, dürfte es ratsam sein, nach dem Auftreten derartiger Sekretpfropfe zu fahnden und ihre Entfernung und damit die Beseitigung des Atemhindernisses zu versuchen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 20.)

Gegen Diphtherie, schreibt Dr. A. Treitner (Innsbruck), ist **Hydrarg. cyanat.** eines der vorzüglichsten Mittel, geradezu ein Spezifikum. Kinder vertragen jedoch nur relativ kleine Dosen, z. B. Hydrarg. cyanat. 0,001 ad 150 Aq. destill. zweistündlich einen Teelöffel. Besonders verwendbar, wenn Heilserum wegen Gefahr der Anaphylaxie nicht angewendet werden kann. (Viele Aerzte, besonders in der Schweiz, machen, wenn die erste Einspritzung von Diphtherieheilserum nicht geholfen, keine zweite mehr.)

(Aus Medici 1912 Nr. 8.)

Frakturen und Luxationen.

Lähmung der Vagus-Accessorius-Glossopharyngeus-Gruppe als Folge von Schädelbruch. Von Prof. Siebenmann, Basel. Ein vorher gesunder Arbeiter erhielt von einer Lokomotive einen Stoß gegen den Kopf, so daß die Kopfschwarte zu einem großen Teile von ihrer Unterlage losgelöst wurde. Sofort traten Husten, Heiserkeit, Schluckbeschwerden und Schwäche des linken Armes auf. Zehn Wochen nach dem Unfall bestand noch völlige Rekurrensparese, unvollständige Gaumenlähmung linkerseits und starke Blutüberfüllung in Rachen, Kehlkopf und Luftröhre. Vierzehn Tage später hustelte der Verletzte noch immer mit rauher Stimme unter auffälliger Luftverschwendung. Die linke Schulter stand tiefer als die rechte, das linke Schulterblatt war an seinem unteren Winkel vom Brustkorb abgehoben. Der linke Kappenmuskel war in seinem

oberen Drittel atrophisch, die linke Oberschlüsselbeingrube stark eingesunken. Drehung des Kopfes erfolgte aktiv nach links weniger ausgiebig als nach rechts. Bei nach vorn geneigtem Kopf fühlte sich der rechte Kopfnicker straff, der linke schlaff an. Die elektrische Erregbarkeit des linken Kappenmuskels und des linken Kopfnickers war herabgesetzt. Die rechte Zungenbeinhälfte stand tiefer als die linke. Das Schlucken ging langsam vor sich. Die Stimme war näseld, heiser. Rachen und Kehlkopf blutüberfüllt; die linke Gaumenhälfte teilweise gelähmt. Das linke Stimmband war verschmälert und verkürzt und stand bei Einatmung und Stimmgebung unbeweglich. Im Röntgenbilde zeigte sich am hinteren Umfange des großen Schädelloches linkerseits eine deutliche Verdickung, Puls zwischen 60 und 80. Ein Vierteljahr später war der Mann noch immer arbeitsunfähig, obgleich im allgemeinen eine Besserung eingetreten war. Deutlicher hervorgetreten war eine Herabsetzung des Geschmackssinnes. Lähmungen im Gesamtgebiet der in Rede stehenden Nervengruppe sind verhältnismäßig selten; sie sind nach Erhängungsversuchen, auch bei Sinusthrombose des Bulbus jugularis, in der Hauptsache aber als Folge von Schädelverletzungen beobachtet worden. Es handelt sich dabei um schwere Ringbrüche am Schädelgrunde in der Umgebung des Foramen magnum. Der Bruch kann den ganzen Umfang des Schädelloches umkreisen, er kann sich aber auch auf einen Teil des Umfanges beschränken; jedenfalls trifft er das Foramen jugulare. Das herausgeschlagene Knochenstück kann dabei in die Schädelhöhle hineingepreßt werden, und die danach sofort auftretende Lähmung im Gebiete der Hirnnerven kommt zustande durch Abreißung oder durch Quetschung oder auch durch starke Dehnung der Nervenstämmen bei ihrem Durchtritt durch den Schädelgrund, gelegentlich auch wohl durch Läsion des zentralen Nervenursprunges im Gehirn; später auftretende Lähmungen sind die Folge einer längs des Nervenstammes hinziehenden Entzündung.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 65 H. 2/3. —
Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 23.)

Zugverbände mit Trikotschlauchbinden. Von Prof. Dr. C. Arnd (Inselspital Bern). Verfasser schreibt: „Die Extension in irgend einer Form ist in den letzten Jahren die beliebteste Behandlung der Knochenbrüche geworden. Bardenheuer und seine Schule üben sie mit Heftpflasterstreifen aus, und wir haben diese Extensionsmethoden natürlich in zahlreichen Fällen ebenfalls verwendet. Trotz der Güte der jetzt überall erhältlichen Heftpflaster haben wir doch öfters die Bemerkung machen müssen, daß der Verband sich besonders zur Sommerszeit verschiebt und diese Ver-

schiebungen zu Dekubitus an den Kanten der Querstreifen Anlaß geben. Die starken Extensionen, wie sie Heußner mit seiner Harzklebemasse erreicht, sind uns mit Heftpflastern nie gelungen. Andererseits konnten wir auch nicht konstatieren, daß die Heußner'sche Masse so reizlos ist, wie der Autor es angibt, so daß wir sie gerne nur anwenden, wo eine starke Extension um den Preis eines Ekzemes der Haut erkaufte werden darf. Unseren Patienten wird die Haut durch eine Mastix-Chloroformlösung weniger geschädigt. Will man eine starke Extension ausüben, ohne, wie Steinmann es macht, dieselbe am Knochen angreifen zu lassen, so muß man jeden mm² der Haut auch zur Extension benutzen dürfen. Das geschieht am besten durch Verwendung einer Trikotschlauchbinde, die man über die mit einer Mastix- oder Harzlösung bestrichene Extremität rollt. Die Binde klebt natürlich um den ganzen Umfang der Extremität fest und benutzt zum Zug sicherlich die ganze Haut, die von ihr berührt wird. Der Zug ist ein außerordentlich gleichmäßiger und wird deshalb an keiner Stelle besonders unangenehm empfunden. Nachdem wir diese Trikotschlauchextension mit verschiedenen Klebmassen längere Zeit gebraucht hatten, fanden wir, daß Heußner die Schlauchbinde als Improvisation für den Zug am Oberarm empfiehlt. Leider scheint seine ganze kurze Erwähnung dieser Möglichkeit nicht bekannt geworden zu sein, und wir müssen deshalb darauf aufmerksam machen. Nur möchten wir diese Schlauchbinde nicht als Improvisation empfehlen, sondern zu regelmäßiger Verwendung bei Extensionen an der oberen wie an der unteren Extremität. Bei ganz empfindlicher Haut haben wir als Klebemasse den Zinkleim verwendet, wie ihn schon Lange empfohlen hat. Die Schlauchbinde darf nicht zu weit gewählt werden und muß aus möglichst dickem Gewebe bestehen, denn es ist uns mehrfach vorgekommen, daß unsere Schlauchbinden ein Gewicht von mehr als 10 kg nicht aushielten und in der Nähe des Spreizbrettes abrissen, während sie am Glied selbst nicht um einen mm heruntergedrückt waren. Am Arm sind sie höchst einfach anzulegen. Die Binde wird gerollt und dem Assistenten über die Hand gelegt, mit der er die entsprechende Hand des Patienten fixiert und leicht anzieht, dann wird die Binde über die beiden Hände und das kranke Glied des Patienten gerollt. Damit der Zug gleichmäßig sei, muß die Binde beim Abrollen an der Peripherie der Extremität zentralwärts angezogen werden, sonst wird die Zugsmöglichkeit an dem zentralen Ende nicht genügend ausgenutzt. An der unteren Extremität kann man die Binde nicht aufgerollt verwenden, weil sie schwierig und nicht ohne Erschütterung über die Ferse hinaufgestreift werden kann; man muß die Binde zusammengerafft bis über die Knöchel bringen, hief zuerst aufrollen und dann unter Zug nach oben abrollen. Wir haben so bei erwachsenen Patienten

Extensionen von 10 kg bis zu 30 Tagen ohne Komplikation liegen lassen können. Wir haben bei Kindern zur Vorbereitung der Reposition von kongenitalen Hüftgelenksluxationen drei bis vier Wochen 8—10 kg anhängen können. Auf eine Vorsichtsmaßregel müssen wir aufmerksam machen. Der Schlauch muß natürlich da gespalten werden, wo der Fußrücken beginnt, denn man kann den Fuß nicht in maximaler Equinusstellung dauernd in die Höhle des Schlauches lassen. Auch die Ferse verträgt nicht gut den Druck des Schlauches. Schneidet man nun den Schlauch auf der vorderen und hinteren Seite ein, so daß aus ihm nur zwei Bindenzüge entstehen, so muß man dafür sorgen, daß sich ein dickes Wattepolster an den Enden der Einschnitte befindet, denn diese Enden verursachen sonst unfehlbar Dekubitus. Das Gleiche gilt für die obere Extremität. Läßt man die Haut durch Spaltung des Schlauches an zwei Seiten frei, so muß das Ende des Spaltes unterpolstert werden. Sehr zweckmäßig ist es, auf die Watte noch ein kleines Stück Pappdeckel unter den Schlauch zu legen. Wir möchten die Heußner'sche Improvisation auf Grund unserer jetzt zahlreichen Erfahrungen zur Regel erheben. Dieser Zugverband ist ungemein schnell anzulegen. Das empfindliche Glied des Patienten erleidet beim Anlegen des Verbandes keinerlei Erschütterung; es läßt sich ein Zug damit ausüben, dessen Maximum durch die Festigkeit der Schlauchbinde gegeben ist. Die absolute Reizlosigkeit des Zinkleimes als Klebmasse scheint so wenig bekannt geworden zu sein, daß ein Hinweis auf die Zweckmäßigkeit ihrer Verwendung dem Praktiker nützlich sein kann.“

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1913 Nr. 1.)

Gonorrhoe.

Ueber ein neues, die Eiterkörperchen auflösendes, die Gonokokken schnell vernichtendes Mittel. Von Dr. D u f a u x, Berlin. Durch frühere Untersuchungen Löhlein's wurde eine stark gonokokkentötende Wirkung der gallensauren Salze festgestellt. Zur Bekämpfung gonorrhöischer Affektionen sind sie infolge ihrer sekretlösenden Eigenschaft hervorragend geeignet, denn der große Teil der Gonokokken, der in Eiterkörperchen oder in Epithelzellen enthalten ist, wird erst durch die Auflösung dieser Zellen einem bakteriziden Einfluß zugänglich. Verfasser hat daher versucht, die gallensauren Salze für die Therapie der Urethralgonorrhoe nutzbar zu machen, indem er sie mit dem adstringierend und antibakteriell wirkenden Silber kombinierte. Auf seine Veranlassung hat E. Merck (Darmstadt) ein reines, haltbares Argentum colloïdale mit einem gallensauren Salz als Schutzkolloid dargestellt, und zwar hat sich nach zahlreichen Versuchen eine 2%ige kolloïdale Ag-Lösung mit 7,5% choleinsaurem Na am zweckmäßigsten erwiesen. Das als Choleval

bezeichnete Präparat soll durch seine eigenartige, bisher noch nicht beobachtete Wirkungsweise die Gonorrhoe der Harnröhre schneller, radikaler und glatter zur Heilung bringen, als die übrigen Trippermittel. Man verschreibt zunächst 100 g einer 5%igen Lösung von Choleval und läßt sie erst mit dem doppelten, dann mit dem gleichen Teile Wasser verdünnt, schließlich unverdünnt einspritzen. Treten keine Reizerscheinungen auf, so verschreibt man 100 g 10%iger Lösung, die man wie die erste anfangs verdünnen läßt. Wenn nötig, verordnet man noch eine 15%ige und ausnahmsweise eine 20%ige Lösung. Ist der eitrige Ausfluß zum serösen Tropfen geworden oder verschwunden, so sollen die Injektionen nicht sistiert, sondern mit allmählich absteigender Konzentration noch fortgesetzt werden. Tripperkomplikationen wurden in keinem der behandelten Fälle beobachtet. (Zeitschrift für Urologie 1912 Bd. 6.)

Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Von Dr. Föckler (Dermatologische Abteilung des Charlottenburger Städtischen Krankenhauses). Im ganzen bedeutet die Vakzinebehandlung, nach des Verfassers Erfahrungen mit Arthigon, eine Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel im Kampfe gegen die gonorrhöischen Komplikationen. Bei der Arthritis gonorrhöica ist es eine sehr wertvolle Unterstützung, bei Epididymitis, Prostatitis und Vulvovaginitis gonorrhöica der Kinder kann ein Versuch empfohlen werden, allerdings wird man nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen einen deutlichen Erfolg sehen. Bei einfacher Urethritis, bei Zervix- und Rektalgonorrhoe ist dagegen ein Erfolg nicht zu erwarten. (Dermatologische Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Heufieber.

Bemerkungen über Heufieber, vasomotorische Rhinitis und verwandte Störungen. Von Prof. Dr. K a f e m a n n (Königsberg). Die überaus günstigen Erfolge, die Verfasser mit Tulisan,¹⁾ einem von der Firma Dr. Ludwig Oesterreicher, Chemische Fabrik, Berlin W. 30, Rosenheimerstraße 27, hergestellten Ersatzmittel des Tucker'schen Geheimmittels bei diesem Leiden erzielte und ihn bestimmten, der kolossalen Verbreitung dieses schwindelhaft teuren amerikanischen Präparates durch Empfehlung jenes entgegenzuarbeiten, veranlaßten Verfasser vor Jahresfrist, dieses Mittel auch bei dem Heufieber und verwandten Störungen zu versuchen. Bei der

¹⁾ Die Zusammensetzung des Tulisans ist folgende: Aus Perubalsam hergestellte Inhalationsflüssigkeit 73,59%, Alipinum nitricum 0,94%, Eumydrin 0,47%, wirksame Substanz der Nebenniere in haltbarer Form gelöst (1⁰/₁₀₀) 5% und Glyzerin 20%.

ersteren Kategorie hat das Mittel nur einmal versagt, und zwar bei einem doppelt erblich belasteten und durch Erziehung widerstandslos gemachten jungen Manne. Bei derartig schweren Fällen hat Verfasser öfters Pantopon innerlich mehrmals täglich zu 0,01 bis 0,02 außer der Lokalbehandlung mit Tulisan in Anwendung gezogen und die in dem neuesten Bericht des Heufieberbundes erwähnte günstige Wirkung bestätigen können. Noch besser bewährte sich Pantopon in Verbindung mit Brom (0,3 bis 0,5, Natr. brom. 10,0, Aqua dest. 150,0, zwei- bis dreimal täglich ein Teelöffel bis Eßlöffel): Der kleine, solid gearbeitete Tulsiansprayapparat gestattet die unauffällige Verwendung des Mittels auf der Reise, im Felde, zur Tages- und Nachtzeit. Welcher Anteil an der frappanten Wirkung der im Tulisan enthaltenen wirksamen Substanz des Perubalsams zukommt, vermag Verfasser nicht zu sagen. Zweifellos ist er vorhanden, er läßt sich nur nicht analysierend aus der Zusammenwirkung herausheben, steht aber ebenbürtig und mit gleicher Wichtigkeit den anderen zur Seite. Von überraschend sicherer Wirkung war Tulisan bei der gewöhnlichen Rhinitis vasomotoria, besonders in jenen recht zahlreichen Fällen, in denen die kalmierende Tulsianbehandlung der irritierenden, schmerzhaften auf dem Fuße folgte. Wie häufig ist Verfasser nicht starken Lösungen von Argent. nitric., Protrargol, Zinc. und Natr. sozjodolicum und ähnlichen Substanzen begegnet, ganz zu schweigen von verstümmelnden galvanokaustischen und Zangenoperationen. Verfasser resümiert: Bei Heufieber und verwandten Störungen ist Tulisan geeignet, in Verbindung mit einer zweckmäßigen, streng individualisierten Allgemeinbehandlung eine schnelle Heilung herbeizuführen, und hat sich wirkungsvoller gezeigt, als eins der bis jetzt bekannten Einzelmittel oder Kombinationsprodukte.

(Aerztliche Rundschau 1912 Nr. 45.)

Intoxikationen.

Ausgang und Prognose der Bleilähmung. Von B e n t h a u s. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Bleilähmung in der Regel in Heilung übergeht und eine günstige Prognose zuläßt, sofern sich der Patient sofort in ärztliche Behandlung begibt, sich längere Zeit, Wochen, Monate ärztlich behandeln läßt und sich dem schädlichen Einflusse des Bleies entziehen kann. Nur dort, wo von vornherein ein ganz schweres Krankheitsbild die Lähmung mit degenerativ-atrophischen Prozessen beherrscht und die genaue elektrodiagnostische Exploration deutlich komplette Entartungsreaktion ergibt, bleiben dauernd schwere Störungen zurück. Aber selbst hier kann noch eine wesentliche Besserung erzielt werden. Ungünstig ist die Prognose nur bei Wiederholungen und bei den wenigen Fällen, die von Anfang

an keine Neigung zur Heilung zeigen. Die Bleilähmung braucht Jahre bis zur völligen Restitution.

(Inaug.-Dissert. Jena 1911. —
Neurologisches Zentralblatt 1912 Nr. 23.)

Klinische und therapeutische Betrachtungen über Pilzvergiftung (*Amanites phalloides*). Von FOUVIELLE und CHARUEL. Die Beobachtung bezieht sich auf die Vergiftung von vier Erwachsenen, welche ein fast ausschließlich aus *Amanites phalloides* bestehendes Pilzgericht genossen hatten. Die Fälle sind deshalb bemerkenswert, weil eine von dem gewöhnlichen Schema abweichende Therapie angewendet wurde und die Mortalität nur 25%, nicht wie sonst 75 bis 95% betrug. Eine 32jährige Frau, welche von den Pilzen genossen hatte, erlag der Vergiftung am vierten Tage in einem Zustand von Algidität und Koma, ohne daß die angewendete Therapie — Rizinusöl, Atropin, Strychnin, Tierkohle, Spartein, Kampferöl, Kochsalzlösung, Inhalation von Aether und Sauerstoff, Jodpräparate und Digitalin — irgendeinen Einfluß auf den Verlauf der Vergiftung ausübte. Die übrigen drei, schon in Rekonvaleszenz befindlichen Fälle zeigten außer den gewöhnlichen Magendarmsymptomen in gleicher Weise eine Anzahl eigenartiger Symptome, die auch bei dem tödlich verlaufenen Fall aufgetreten waren, nämlich Mattigkeit, Schwäche und eine an Torpor grenzende Prostration, progressive Beschleunigung der Herzschläge mit Schwäche und Ungleichmäßigkeit des Pulses und extreme Oligurie, die sich im letal verlaufenen Fall bis zur Anurie steigerte. Diese Symptomentrias von seiten der Muskeln, des Herzens und der Niere wurde mit Adrenalin, Digitalin und Theobromin bekämpft. Jeder Patient erhielt am ersten Tage stündlich, am zweiten Tage zweistündlich und am dritten Tage mehrmals sechs Tropfen Adrenalin, ferner morgens und abends je fünf Tropfen einer 1‰igen Lösung von kristallisiertem Digitalin bis zu einer Gesamtdosis von 45 Tropfen, ferner durch fünf Tage morgens und abends 0,5 g Theobromin. In allen Fällen trat zu gleicher Zeit unter dem Einfluß der Behandlung Besserung ein. Mit der Angabe, das Phallin ein hämolytisches Gift ist, stehen die Beobachtungen nicht im Einklang.

(Journ. de Prat. 1912 Nr. 39. —
Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Intoxication par les chaussures noircies à l'aniline. Von J. DOMMARTIN. Bericht über zwei neue Fälle von Vergiftung durch das mit Anilinfarben geschwärzte Schuhwerk. — Um 8 Uhr abends — so erzählt Verfasser — wurde er dringlich zu einem neunjährigen Kinde gerufen. Noch ganz wohl am Morgen, wurde es im

Laufe des Tages von hochgradiger Schwäche befallen; gleichzeitig wurde das Gesicht livid, und die Lippen nahmen eine ausgesprochen blaue Farbe an. Die Eltern brachten das Kind alsbald zum nächsten Apotheker, der ihm irgend etwas gegen die Würmer geben sollte. Bei Ankunft des Arztes bot der Zustand alle Zeichen einer alarmierenden Situation. Bleifarbig, die Augen trüb und tief liegend, die Lippen nicht mehr bläulich, sondern schwärzlich, lag das Kind fast ohne Lebensäußerung im Bett. Am Herzen nichts Besonderes, Puls 86, Lungen ebenfalls frei. Vorherrschend war die tiefe Zyanose von Haut und Schleimhäuten. Es wurde zunächst an eine Vergiftung alimentären Ursprungs gedacht; bei eingehender Nachforschung stellte es sich heraus, daß man dem Kind ehemals braune Schuhe gegeben hatte, die am gleichen Tage schwarz gefärbt worden waren. Der Arzt wollte sich, nachdem die entsprechenden Anordnungen getroffen waren, zurückziehen, als er von dem gleichfalls zyanotischen Teint der jüngeren Schwester überrascht wurde; sie trug noch die Schuhe, welche die gleiche Umwandlung erfahren hatten. Am nächsten Tage war das Befinden beider zufriedenstellend.

(Journ. de méd. et de chir. pratiques, 25 Mai 1912. —
Zentralblatt für Kinderheilkunde 1912 Nr. 12.)

Menstruationsanomalien.

Zur Behandlung der Amenorrhoe. Von Dr. R. Hofstätter (Aus der gynäkologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik). In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 30. Juni 1911 sprach Verfasser ganz kurz über „Versuche mit Pituitrin und Hypophysistabletten bei Amenorrhoe, Hypoplasia uteri, bei Unterentwicklung der Ovarien“ und erwähnte, daß Befunde vorliegen, die auf eine protektive Wirkung von seiten der Hypophyse auf die Geschlechtsdrüsen hinweisen. Es freut Verfasser daher überaus, daß nunmehr auch Prof. F. Fromme am letzten Gynäkologen-Kongreß in Berlin (September 1912) über analoge Befunde berichtet hat. Seine Erfahrungen in diesem Punkte beziehen sich auf 33 Fälle, die zum Teil bis zu 1½ Jahren in seiner Beobachtung stehen. Die Versuche wurden angestellt bei Frauen, bei denen die Amenorrhoe auf primäre Hypoplasie des Uterus oder der Ovarien, auf allgemeinen Infantilismus, auf Atrophien der Gebärmutter infolge Laktation, Anämie, kachektische Zustände, auf nervöse Momente sowie auf leichtere Adnexerkrankungen zurückzuführen war. In fast zwei Drittel der Fälle trat bereits nach wenigen Injektionen eine Genitalblutung auf, die subjektiv und objektiv alle Zeichen der Menstruation trug. Nur in einem Drittel der Fälle konnte durch fortgesetzte, weniger reichliche Injektionen oder durch Darreichung von Hypophysistabletten (P o e h l) die Periode im Gang erhalten

werden. Ganz vereinzelt gelang es, durch den einmal gegebenen Anstoß eine spontane Menstruation dauernd zu erlangen („nervöse“ Fälle?). Ein merkbarer Unterschied der Hypophysenextrakte der einzelnen Firmen (Parke, Davis & Co., Hoffmann-LaRoche, Richter-Budapest) konnte nicht gefunden werden. Die orale Medikation stellt eine wesentliche Unterstützung der Injektion dar. Auch sehr gehäufte Injektionen haben bisher keine Schädigungen der Frauen ergeben. Das Allgemeinbefinden bessert sich fast stets rasch, auch bei Ausbleiben des gewünschten Erfolges. (Ebenso hilft die hypophysäre Medikation bei Kastrations- und Wechselbeschwerden meist prompt.) In Fällen von stärkerer Adipositas (ex atrophia ovariorum) empfiehlt es sich, vor und vielleicht auch während der Behandlung mit Hypophysenextrakten auch Thyreoidinpräparate intern zu geben. (Zentralblatt für Gynäkologie 1912 Nr. 46.)

Die Behandlung der Dysmenorrhoe mit Ovaradentriferrin.

Von Dr. med. E. Otto, Wiesbaden. Manche Fälle von Dysmenorrhoe sind auf eine mangelhafte innere Sekretion der Ovarien zurückzuführen, und es gelingt häufig, durch Darreichung von Ovaradentriferrin von dem Erbrechen völlig befreit. Bei Oligomenorrhoe zu heben. Besonders prägnant sind solche Fälle, in denen kein anderes Medikament gegeben wurde, und bei denen die Störungen schon jahrelang bestanden. Eine Patientin, die bei jeder Menstruation tagelang Erbrechen hatte, wurde durch Darreichung von Ovaradentriferrin von dem Erbrechen völlig befreit. Bei Oligomenorrhoe mit heftigen Schmerzen bewirkten die Tabletten, daß bereits die nächste Periode völlig schmerzfrei auftrat. Besonders interessant ist die Wirkung des Ovaradentriferrins bei starken Periodenblutungen. Es werden sowohl die begleitenden Schmerzen aufgehoben als auch die Menstrualblutung auf das normale Maß beschränkt. Das Präparat ist zweckmäßig während der ganzen intermenstruellen Zeit in der Dosis von dreimal täglich eine Tablette zu geben.

(Der Frauenarzt 1912 Nr. 10.)

Sieben Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Von Dr. G. Ortenau (Reichenhall-Nervi). Die sieben Krankengeschichten sprechen eine verständliche Sprache. Verfasser möchte aber noch darauf hinweisen, daß namentlich der dritte, vierte und fünfte Fall besondere Beachtung verdienen. Der dritte um deswillen, weil es sich um eine Kranke handelt, bei der das klinische Bild von Jugendirresein vorlag und die Unterbringung in eine Anstalt schon beschlossene Sache war. Nur einem Zufall ist es zu danken, daß die Kranke gerade zu jenem Zeitpunkt gynäkologisch untersucht wurde. In allen ähnlich gelagerten

Fällen haben die Psychiater bisher nicht nur jegliche ätiologische Beziehung einer Unterleibserkrankung zur geistigen Störung a priori ausgeschlossen, sondern sogar jede gynäkologische Untersuchung mit der Begründung abzulehnen gepflegt, daß man die Aufmerksamkeit der Kranken nicht auf die Genitalsphäre lenken dürfe. Der vierte Fall verdient darum besonders unterstrichen zu werden, weil hier der Unterschied der psychischen Persönlichkeit vor und nach der Operation ein so sehr in die Augen springender war: Vor dem Eingriff das klassische Bild der Melancholie mit den angstvoll verzerrten Gesichtszügen, dem starren, nach innen gerichteten Blick und der völligen Teilnahmslosigkeit gegenüber den Vorgängen der Außenwelt, nach der Operation mit zunehmender Besserung Lösung der krankhaften Spannung der Gesichtsmuskulatur, der Blick wird freier, die Kranke beginnt sich zu regen, Interesse für ihre Umgebung, Arbeitslust und Arbeitsfähigkeit zu gewinnen. Der fünfte Fall scheint bemerkenswert, nicht als ob es sich um eine besonders schwere psychische Erkrankung gehandelt hätte, als vielmehr darum, weil die Kranke vermöge ihres Bildungsgrades imstande war, eine kritische Schilderung ihres psychischen Zustandes zu geben und die nach dem Eingriffe zutage tretenden Veränderungen kritisch zu bewerten. Auch bei Fall 6 zeigte die durchaus klare Krankheitseinsicht, daß die psychische Erkrankung, so schwer sie war, wirklich geheilt war. Diese sieben Fälle haben alle das gemeinsame Merkmal, daß es sich um Amenorrhoe oder Dysmenorrhoe handelt, die in Beziehung zur Stenose des inneren Muttermundes oder des Mutterhalskanales standen und zu starker infektiöser Endometritis sowie Vergrößerung des ganzen Organs geführt hatten. Die Behandlung war darum bei allen eine ziemlich gleichmäßige. Sie war immer von einer Heilung der psychischen Störungen gefolgt, auch wenn es sich um solche schwerer Art handelte, die in irrenärztlicher Beobachtung gestanden waren. Verfasser betont dabei, daß er die Fälle keineswegs ausgesucht, sondern die beschrieben hat, die er gerade in der Klinik vorfand. Es liegt in der Natur der Sache, daß nur Fälle mit abgeschlossenem Krankheitsverlauf berücksichtigt worden sind. Die Schlußfolgerung, die Bossi aus alledem zieht, ist: Es gibt nervöse und psychische Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht, die durch Genitalanomalien und Affektionen bedingt sind und durch Herstellung der normalen Sekretionsverhältnisse in Heilung übergeführt werden können. Daraus ergibt sich, daß psychisch Kranke weiblichen Geschlechts unter allen Umständen gynäkologisch untersucht werden müssen. Zu diesem Zwecke erscheint es unbedingt geboten, jeder psychiatrischen Klinik eine gynäkologische Abteilung anzugliedern, oder, mit anderen Worten, einen ausgebildeten Frauenarzt in das ständige Heilpersonal einer jeden Irrenanstalt auf-

zunehmen, auf daß jede Kranke, ehe sie endgültig Aufnahme findet, vorher gynäkologisch untersucht und gegebenenfalls auch behandelt werde. Verfasser glaubt, gegen diese Forderung könne kein Widerspruch erhoben werden, so wenig, als gegen die andere von Bossi gleichfalls aufgestellte, daß jedes weibliche Individuum, das mit den Strafgesetzen in Konflikt kommt, gynäkologisch untersucht werden muß, namentlich wenn es sich handelt um Affekthandlungen, um Gewaltakte, Totschlag, Mord, die in der prämenstruellen und menstruellen Periode begangen wurden. Auf diese Weise können eine Reihe von Justizirrtümern, die wir heute begehen sehen, sicher vermieden werden.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 44.)

Pertussis.

Zur Prophylaxe des Keuchhustens. Von E. F r o n z. „Eine der wichtigsten Aufgaben des Staates ist es, für eine gute Aufzucht der Menschen zu sorgen. Diese muß aber schon in frühester Jugend beginnen. Was darin geleistet werden kann, zeigt deutlich die schweizerische Miliz, welche durch ihre kolossale Leistungsfähigkeit die höchste Bewunderung aller Fachkreise hervorruft. Alles, was eine gute Aufzucht hindert, muß aber beseitigt werden. So ist es denn auch im eigensten Interesse des Staates, daß er der Ausbreitung einer Infektionskrankheit steuert, die so häufig Siechtum oder mindestens andauernde Schwächung der physischen Leistungsfähigkeit herbeiführt und die an Häufigkeit der Erkrankungen gleich hinter den Masern und Varizellen rangiert. Gerade prophylaktisch läßt sich aber bei dem Keuchhusten Außerordentliches leisten, und man wäre imstande, bei gewissenhafter Durchführung ihn fast gänzlich auszurotten. Während wir also bei allen anderen Infektionskrankheiten viele wirksame Mittel zu ihrer Bekämpfung haben, stehen wir dem Keuchhusten fast machtlos gegenüber. Die Mittel gegen Keuchhusten sind so zahlreich, wie bei keiner anderen Krankheit der Menschen — ein sicheres Zeichen, daß ein wirklich verlässliches Mittel noch fehlt. Das beste ist immer noch der Genuß reiner Luft. Dies ist in einer Großstadt wohl das teuerste, weil am schwersten erreichbare Medikament. Wie ich in meinem Vortrage („Tuberkulose und Schule“) auf der internationalen Tuberkulosekonferenz in Brüssel (1910) schon auseinandersetzte, ist reine Luft in der Peripherie der großen Städte infolge ihrer kolossal raschen Ausdehnung immer schwerer zu erreichen, und ich schlug daher vor, dieselbe aufwärts zu suchen, an der hygienisch günstigsten Stelle des Hauses, auf dem Dache, und statt der finsternen, mit altem Gerümpel erfüllten Dachböden Dachgärten mit Glashallen, Wandelgängen, Spiel- und Turnplätzen, Sonnen- und Luftbädern usw. zu errichten. Verordnungen betreffs An-

bringung von Rauchverzehrungsapparaten können die Rauchbelästigung hintanhaltend und die Entwicklung dieser Anlagen befördern. So wie die Dachgärten der Kampfplatz der Städte im Kampfe gegen die Tuberkulose sein würden, so könnten diese Anlagen auch Gelegenheit zur Durchführung der Isolierung der Keuchhustenkranken leicht ergeben, ohne daß dieselben ihres besten Heilmittels, der guten reinen Luft, entbehren müßten. Um diese Infektionskrankheit gut und ohne Komplikationen oder Nachkrankheiten überstehen zu können, ist nicht bloß wichtig, daß die Infektion eine kräftige Konstitution vorfinde, sondern es muß dieselbe auch während der ganzen Krankheit aufrecht erhalten werden, und hiezu ist vor allem dauernder Aufenthalt in guter, reiner Luft nötig. Solange man aber genötigt ist, weit außerhalb der Peripherie der Stadt reine Luft zu suchen, ist es nötig, Keuchhustenheime mit großen Parkanlagen zu errichten, bzw. eine Keuchhustenkolonie, die von außen streng abgesperrt ist und für die verschiedenen Klassen der Gesellschaft mit allem hygienischen Komfort ausgestattete Sanatorien bietet. Es dürfen also auch bei dieser nicht bloß drohenden, sondern bereits vorhandenen Gefahr keinerlei Geldmittel gescheut werden, und es wird nicht nur der Weiterverbreitung des Keuchhustens damit eine Schranke gesetzt, sondern vieles Siechtum erspart und eine gute Aufzucht der Bevölkerung gefördert.
(Wiener med. Wochenschrift 1912 Nr. 35.)

Thiovinal hat Dr. C a m p h a u s e n (Sanatorium für Lungenkranke Neudorf-Görbersdorf) nicht nur bei tuberkulösen Prozessen der Atmungsorgane, sondern auch bei nicht tuberkulösen akuten und chronischen Bronchitiden mit Erfolg angewandt. Auch bei Keuchhusten übt das Präparat einen recht günstigen Einfluß aus. Es hat folgende Zusammensetzung:

Guajacol 4,0
Extr. Thym. 35,0
Extr. Eucalypt. 5,0
Sir. comp. 40,0
Aq. dest. ad 100,0.

(Prager med. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Phlegmonen.

Ueber Phlegmonenbehandlung der oberen Extremität. Von Dr. H a u n in Gladenbach. Verfasser will über ein Verfahren berichten, welches sich ihm seit zirka 15 Jahren absolut bewährt hat. Dicht oberhalb der Phlegmone, im Gesunden, werden je nach dem Umfange der Extremität drei bis fünf je 5 cm lange Inzisionen durch die Haut bis auf die Faszie geführt. Diese Einschnitte liegen in gleicher Höhe, sind parallel zur Längsachse, und liegen je nach dem

Umfange der Extremität zirka 6 cm auseinander. Vermittels Kornzange geht man von einem Einschnitte aus in das Unterhautzellgewebe, schält die Haut in der Breite, wie die Schnitte lang sind, von der Faszie stumpf ab bis zum nächsten Einschnitt. Von diesem aus verfährt man in gleicher Weise. Es wird demnach subkutan ein 5 cm breiter Spalt im Unterhautzellgewebe rings um die Extremität geschaffen, der die Lymphbahnen rings herum breit eröffnet. In diesen Spalt werden von Einschnitt zu Einschnitt breite Dochte von Jodoformgaze durchgezogen. Oberhalb der Einschnitte wird Kollodiumring angelegt. Verfasser hat nie beobachtet, daß eine Phlegmone diesen Spalt bzw. den Kollodiumring überschritten hätte. In Höhe des Spaltes verlor sich die Phlegmone und machte am Kollodiumring Halt. Das Verfahren ist zweifellos schonender als eine Zirkumzision der Haut. Es wird selbstverständlich in Lokalanästhesie ausgeführt. Mit einer $\frac{1}{2}$ —1% Novokainlösung wird das Unterhautzellgewebe aufgeschwemmt, so daß es sich alsdann leichter stumpf ablöst. Unterbindungen von Gefäßen gibt es hierbei nicht; auch keine Narben, die irgend welche Störungen machen könnten.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 53.)

Sehnenscheidenphlegmone.

Zur Klinik der Sehnenscheidenphlegmone, unter besonderer Berücksichtigung der Stauungsbehandlung. Von Dr. W. K e p p l e r (Aus der königlichen chirurgischen Universitätsklinik in Berlin). Die anatomischen Verhältnisse der Sehnenscheiden an den Fingern bedingen es, daß der Verlauf eitriger Prozesse an den Fingern sich anders gestaltet, als an anderen Körperstellen; ja sogar die einzelnen Finger verhalten sich verschieden in bezug auf Verlauf und Prognose von Entzündungen der Sehnenscheiden. Da — wie bekannt — die Sehnenscheide des Daumens und des kleinen Fingers gewöhnlich in direkter Verbindung mit der Bursa der Hohlhand steht, wird sich eine Infektion der Sehnenscheide dieser Finger rascher auf die Hohlhand ausbreiten, als eine Entzündung an den anderen drei Fingern, deren Sehnenscheiden durch eine längere oder kürzere Strecke lockeren Zellgewebes von dieser Bursa getrennt sind. Diesen speziellen anatomischen Verhältnissen muß sich auch die operative Behandlung anpassen, will sie günstige Resultate erzielen. Früher galt bei Behandlung der Sehnenscheidenphlegmone als Regel, die Sehnenscheide mit langen Schnitten, welche vom Finger bis in die Hohlhand und eventuell über das Ligamentum carpi transversum hinaus reichten, zu spalten und dann mit Gaze zu tamponieren. Die austrocknende Wirkung der Tamponade bewirkte, daß die Ernährung der bloßgelegten Sehnen in der kürzesten Zeit litt und daß es dann zu Nekrose und Ausstoßung der Sehnen (daher der Name „Finger-

wurm“) kam; damit war auch die Funktion des Fingers vernichtet. Bier gebührt das Verdienst, in der neueren Zeit mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen zu haben, daß bei gleichzeitiger Anwendung der Stauungsbehandlung es genügt, den Eiterherd mit kleinen Schnitten bloßzulegen und daß die Heilung nicht nur rascher verläuft, sondern, was viel wichtiger ist, daß es meistens gelingt, die Nekrose der Sehne zu verhindern und die Funktion des Fingers zu erhalten. Verfasser schildert nun die an der Klinik Bier mit dieser Methode erzielten günstigen Resultate. Die Stauung, deren Technik bekannt ist, wird bei Sehnenscheidenphlegmonen durch 20 bis 22 Stunden täglich durchgeführt. Während der Pause wird die Extremität hochgelegt, damit das manchmal gewaltige Stauungsödem wenigstens teilweise zurückgeht. Bei richtig ausgeführter Stauung tritt bald eine Verminderung der Schmerzen ein. Die von anderer Seite aufgestellte Kontraindikation für die Stauungsbehandlung bei Erysipel und Diabetes anerkennt der Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen nicht. Ueber Venenthrombose im Bereiche der Extremität, die ebenfalls als Kontraindikationen gilt, hat Verfasser keine eigenen Erfahrungen, aber Thrombose im Gebiete der Vena facialis bei malignen Gesichtsfurunkeln ist seiner Ansicht nach kein Hindernis für die Behandlung. Vor Beginn der Stauungsbehandlung müssen die erkrankten Sehnenscheiden eröffnet werden, dazu genügen aber — statt der früheren langen — mehrere kleine Schnitte, welche die Funktion der Finger nicht gefährden. Auch wird jede Tamponade weggelassen und der Verband anfangs jeden Tag vorsichtig gewechselt. Die Schnitte müssen so geführt werden, daß keine wichtigen Gebilde zerstört werden. Wenn die Eiterung die Bursa der Hohlhand überschritten hat, und zwischen die Muskeln des Vorderarmes eingedrungen ist, dann wird man in der Regel mit kleinen Schnitten nicht auskommen; hier schaden aber auch längere Schnitte nicht und die Funktion der Muskeln leidet nicht. Verfasser ist nicht in der Lage, zahlenmäßig zu beweisen, um wieviel diese moderne Behandlung besser ist, als die frühere, er zeigt aber an einzelnen Krankheitsbildern, welche Vorzüge die neuere Behandlung hat. Auch wenn die Heilungsergebnisse keine günstigeren wären, müßte die Stauungsbehandlung in der Behandlung der Sehnenscheidenphlegmone schon wegen ihrer schmerzstillenden Wirkung einen dauernden Platz erhalten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 115, H. 1 und 2. —
Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 44.)

Rheumatismen.

Ein Beitrag zur Behandlung des Gelenkrheumatismus. Von Dr. Paul Junghans (Aus der Inneren Abteilung des Augusta-Hospitals in Berlin). Die Behandlung des Gelenkrheumatismus

mittels Antipyrese hat nicht gehalten, was man sich früher von ihr versprach. Gar bald mußte man einsehen, daß die Salizylsäure kein Spezifikum sei. Allerdings hatte man ihre Medikation in einer nicht geringen Zahl von Fällen schätzen gelernt, da sie meist das Fieber abfallen ließ, die Schmerzen benahm und die Schwellungen verringerte. Aber zu einem besseren Heilungsergebnis kam es nicht. Das läßt sich wohl am besten aus den großen Statistiken der Militärärzte erkennen, die Gelegenheit haben, den Gelenkrheumatismus an einem reichen Material junger, kräftiger Menschen zu beobachten. So hat neuerdings Menzer in einer lesenswerten Arbeit den Nachweis gebracht, daß seine ohne Antipyrese geleitete, durch örtliche und allgemeine Wärmeprozeduren unterstützte Behandlung die Heilerfolge der Salizyltherapie übertrifft, besonders bezüglich der Rezidive und Herzkomplicationen. Durch diese Untersuchungen angeregt, unternahm Verfasser es, Fälle seiner Station ohne Antipyrese zu behandeln. Er beschränkte sich also darauf, die befallenen Gelenke zu immobilisieren, wozu ein Schienenverband am geeignetsten erschien. Vielfach ließ Verfasser die befallenen Gelenke mit Ichthyol bestreichen und mit dicken Wattelagen umpacken. Nicht selten — im ganzen in 21 seiner Fälle, die eine Gesamtzahl von 45 erreichen — hat Verfasser auf diese Weise einen Gelenkrheumatismus abheilen sehen. Immerhin gab es eine Reihe Fälle unter diesen, die unter der rein exspektativen Therapie durch bloße Ruhigstellung sich nur langsam oder wenig besserten. Hier versuchte Verfasser es mit lokalen Wärmeprozeduren oder mit Bier'scher Stauung, die gute Hilfe leisteten. In den übrigen 24 Fällen mußte Verfasser jedoch aktivere Therapie treiben. Menzer verwendet bei schwerem Gelenkrheumatismus das von ihm selbst angegebene Streptokokkenserum. Leider steht der hohe Preis der Serumkur einer allgemeineren Verwendung im Wege. Die Kollargoltherapie hat Verfasser in 24 Fällen von schwerem Gelenkrheumatismus angewandt. Ueberall zeigte sich die Wirkung dieses Silberpräparates von entscheidendem Erfolg. In annähernd der Hälfte der Fälle folgt auf eine intravenöse Kollargolinjektion eine sehr charakteristische Reaktion, bestehend in Schüttelfrost, Temperaturanstieg und Störung des Allgemeinbefindens. Verfasser beobachtete diese Erscheinungen 1—1½, mitunter auch zwei Stunden nach der Injektion, nur blieb meistens ein richtiger Schüttelfrost ganz aus. Aehnliche — nur ganz abgemilderte — Erscheinungen beobachtet man nach der klimatischen Verabreichung des Kollargols. Mehrere Stunden nach der Applikation tritt leichtes Frösteln auf, dem starker Schweißausbruch und Wärmegefühl folgt. Auf diese Weise sah Verfasser in seiner Halle'schen Assistentenzeit auf Wittbauer's Abteilung die allermeisten salizylrefraktären Gelenkrheumatismen unter zwar langsamer, aber ständig fortschreitender

Besserung der Lokalsymptome und des Allgemeinbefindens ausheilen. Bei seinen hiesigen Fällen verwandte er gern die intravenöse Injektion. Einmal hatte er die Hoffnung, dadurch seinen Patienten rascher helfen zu können. Dann schien auch die Art der Applikation ihre Vorteile zu haben, sie ist ziemlich schmerzlos und meist bequemer zu handhaben als die rektale Verabreichung. Da die Klysmen lange Zeit gehalten werden müssen, so ist der Erfolg auch von dem guten Willen bzw. der Standhaftigkeit der Kranken abhängig, ganz abgesehen von gewissen Veränderungen des Rektums, die dieser Methode hinderlich sind. Wo Verfasser die Vene nicht finden konnte, machte er die Injektion tief intragluteal oder auch subkutan. Er bevorzugte aber in jedem Falle die intravenöse Injektion — wie schon gesagt, wegen ihrer prompteren Wirkung und relativen Schmerzlosigkeit. Nur ist es nötig, entsprechend hohe Dosen zu geben. Auch ist es durchaus erforderlich, nur Kollargol und nicht etwa das Argentum colloidal zu verwenden, das, wie H a r n a c k darlegte, jenem durchaus nicht ebenbürtig ist, da es bezüglich seiner chemischen Zusammensetzung und physikalischen Eigenschaften ihm nachsteht. Man gibt intravenös 2 ccm einer 5%igen Lösung von Kollargol, subkutan 5 ccm einer 1%igen Lösung. Die subkutane Verabreichung ist zu schmerzhaft, um empfohlen werden zu können, auch hat sie kaum einen Vorzug vor der rektalen. Gerade mit der intravenösen Behandlung hat Verfasser ausgezeichnete Erfolge erlebt. So erinnert er sich besonders an einen jungen Mann, der um 9 Uhr ins Hospital kam mit Schwellungen im rechten Knie- und linken Ellbogengelenk, 39° Temperatur hatte. Er war noch nicht behandelt worden. Verfasser gab ihm 2 ccm der 5%igen Kollargollösung intravenös, er hatte um Mittag 40°, abends war die Temperatur auf 37° heruntergegangen. Die Schwellungen waren vermindert, er fühlte sich fast schmerzfrei und vollkommen wohl. Natürlich ließen sich nicht in allen Fällen so rasch günstige Resultate erzielen, nicht selten mußte nochmals oder auch ein drittes Mal injiziert werden. Wenn nun auch solche Erfolge imponieren, so sind doch Grenzen der intravenösen Verabreichung gezogen. Zunächst muß das Herz völlig intakt sein, oder jedenfalls darf es keine erheblichen Veränderungen zeigen. Denn der ganze Prozeß des mitunter hohen Temperaturanstieges und des nicht selten ziemlich raschen Abfalles muß ertragen werden. Auch glaubt Verfasser, daß nur im Krankenhaus, wo ständig ärztliche Beobachtung und ärztliches Eingreifen verbürgt ist, eine solche Behandlung möglich ist. Unglücksfälle hat Verfasser nie gesehen, hauptsächlich wohl deshalb, weil er die Fälle vorsichtig aussuchte. Daraus geht nun schon hervor, daß nicht selten das Kollargol auf andere Weise — also subkutan oder rektal — gegeben werden mußte. Für die subkutane Verabreichung hat sich Verfasser nie begeistern können,

da sie einmal sehr schmerzhaft zu sein scheint und dann auch vor der rektalen Applikation keine Vorzüge hat. Irgendwelche Entzündungen oder Nekrosen an der Injektionsstelle hat Verfasser zwar nie gesehen; er gab 5 ccm der 1%igen Lösung. Statt der subkutanen möchte Verfasser die rektale Behandlung empfehlen. Hierzu bediente er sich einer 5%igen Lösung des Kollargols, von der man morgens und abends je 50 ccm langsam unter geringem Druck in den Mastdarm einlaufen läßt. Es ist aber dringend erforderlich, vorher den Mastdarm durch Wasserklysmen von den Fäzes, dann aber auch durch Nachspülen mit 1%iger Sodalösung, von dem der Wandung anhaftenden Schleim zu befreien. Mit dieser Methode hat Verfasser nur gute Erfahrungen gesammelt. Wenn er sie auch anfangs nur auf die Fälle beschränkte, die er nicht intravenös spritzen konnte, da irgendwelche Herzstörungen bestanden, so neigt er neuerdings auch in kardial nicht veränderten Fällen mehr zu diesem die Patienten nicht aufregenden, allerdings etwas kostspieligen Verfahren. Es hat überall da, wo früher vergeblich Antipyrese, Wärmeprozeduren etc. angewendet wurden, einen Erfolg nicht vermissen lassen. Dabei sind keine besonderen Temperaturschwankungen vorhanden, die Patienten haben vielmehr das Gefühl einer behaglichen und wohltuenden Wärme, werden rasch von ihren Schmerzen befreit und machen mitunter einen gewissen euphorischen Eindruck. Natürlich kommt alles darauf an, daß der Mastdarm vorher in einen Zustand versetzt worden ist, in dem er resorbieren kann, daß die Klysmen mehrere Stunden gut erhalten werden und daß genügend hohe, d. h. wirksame Dosen des Kollargols gegeben werden. Es war meist rascher und endgültiger Heilerfolg, der auch fast immer vor schweren Rezidiven schützte, die Regel. Nicht selten handelte es sich um Fälle, die jeder anderen Therapie getrotzt hatten. Vor der intravenösen Therapie hat diese Methode der rektalen Applikation unbedingt den Vorzug, daß keine erheblicheren Temperaturschläge vorkommen. Dadurch eignet sich das Verfahren auch mehr für die Privatpraxis. Es dürfte in seinen Heilerfolgen sicherlich der intravenösen Methode nicht nachstehen. Solange es anging, hat Verfasser die Patienten nach der Behandlung noch weiter beobachtet. Soweit er weiß, blieben Rezidive aus, gröbere Veränderungen sind nie am Herzen aufgetreten, schon aus früherer Zeit bestehende Vitien wurden jedenfalls nicht verschlimmert. Gerade die seltene Miterkrankung des Herzens sowohl bei der ohne Antipyrese geleiteten als auch bei der Kollargolbehandlung, hat Verfasser zum Freunde dieser Therapie gemacht. Dagegen sind Herzstörungen bei der Behandlung mittels Antipyrese auch nach Verfassers Erfahrungen nicht selten. Ueber ein genügendes Material — 45 Fälle — glaubt Verfasser zu verfügen, um eine Be-

handlung ohne Antipyrese oder bei deren Nichterfolg die Anwendung von Kollargol — am mildesten als Klysma — empfehlen zu können.
(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 45.)

Zur Behandlung der rheumatischen Komplikationen. Von Prof. Dr. A. B a g i n s k y (Berlin).

1. Vorstellung eines 10 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben, der, jetzt geheilt, gegen Ende des Monats Januar (26. Januar) mit den schwersten Erscheinungen einer mit groben Jaktationen verbundenen Chorea in das Krankenhaus eingeliefert worden war. Als bald gesellten sich zu den choreatischen Bewegungen paralytische Symptome. Verlust der spontanen Beweglichkeit der Extremitäten, Unfähigkeit, aufrecht zu sitzen, den Kopf aufrecht zu halten. Verlust des Sprachvermögens, so daß mit Mühe einige lallende Laute vorgebracht wurden. Mühevoller Nahrungsaufnahme. Zusammengefaßt: Das Bild der als Chorea paralytica bezeichneten Affektion. Am Herzen neben großer Erregbarkeit und Neigung zur Arrhythmie nur ein leises systolisches Geräusch. Kein Fieber. Behandlung anfänglich mit Veronal, um die enormen Jaktationen zu mildern, auch den gestörten Schlaf zu bessern, später Arsen (Tinct. Fowler.) und abwechselnd damit auch zeitweilig Aspirin. Nebenher aber stetig suggestive Beeinflussung durch Zureden, Aufmunterung zur Beherrschung der Muskulatur und Versprechungen. Der Erfolg ist ein vollkommener. Der Knabe spricht, läuft usw. — B a g i n s k y erinnert an zwei ähnliche, von ihm bereits in seinem Lehrbuche erwähnte Fälle, dieselben müssen als Kombination von Chorea mit Hysterie aufgefaßt werden. Es ist großer Wert auf die suggestive Behandlung in den Fällen zu legen.

2. Schwere Komplikationen des akuten Gelenkrheumatismus sind die als Polyserositis zusammengefaßten entzündlichen Affektionen des Perikards und der Pleura, zumeist auch noch in Kombination mit Endokarditis und linksseitiger Pneumonie. Die Komplikationen führen zu den denkbar schwersten Krankheitsbildern mit Dyspnoe, drohender Suffokation durch Lungenödem, hohem, erschöpfendem Fieber. Die Behandlung mit Eis, Salizylsäure, daneben mit sedativen Mitteln erweist sich oft wochenlang machtlos, auch die von englischer Seite empfohlenen lokalen Blutentziehungen sind nutzlos und ebenso die Vesikantien, welche gern von französischen Aerzten empfohlen werden. B a g i n s k y hat seit Jahren in einer größeren Anzahl von Fällen Gebrauch gemacht von der innerlichen Anwendung von Kalium jodatum und kann dieselbe aufs wärmste empfehlen. Der Jodkali-gebrauch (3 g : 100 dreistündlich einen Tropfen) erweist sich zumeist nicht sofort, aber nach etwa zwei bis drei Tagen als außerordentlich günstig, indem mit langsamem, allmählichem, nicht raschem Absinken der Temperatur auch Dyspnoe und Schmerzhaftigkeit nachlassen und

die Kranken in einen relativen Zustand von Euphorie kommen. Später nehmen dann auch die physikalischen Zeichen der gesetzten entzündlichen Krankheiten ab, und es erfolgt selbst nach sehr schweren Affektionen Heilung. Baginsky erläutert diese Behandlung an vorgelegten Krankengeschichten und behält sich eine ausführliche Publikation vor. Auch die gemeine Pneumonie der Kinder ist bei besonders schwerer Erkrankung in vorteilhaftester Weise mit Jodkali beeinflusst worden. Das Mittel wirkt neben dem Gebrauch von Eisblasen mitunter überraschend gut in Beeinflussung der entzündlichen Krankheitserscheinungen.

(Verein für innere Med. und Kinderheilk. in Berlin,
11. März 1912.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Die diagnostische Bedeutung des Hegar'schen Symptoms in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Von A. Anufriew. In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft ist in fast sämtlichen Fällen zweifellos eine Auflockerung und Zusammendrückbarkeit des unteren Segmentes des Uteruskörpers vorhanden; eine Kompressibilität bis auf mehrere Millimeter wird jedoch nur in etwa der Hälfte der Fälle beobachtet. Bei deutlich ausgeprägten anderen Schwangerschaftszeichen in den ersten vier bis acht Wochen liegt keine Notwendigkeit vor, nach dem Hegar'schen Symptom zu suchen; ganz besonders gilt dies bei Neigung zu Abort, bei Erregbarkeit des Uterus und des ganzen Nervensystems überhaupt, da ein langdauernder und beharrlicher Versuch, den Grad der Kompressibilität zu bestimmen, zum Abort führen kann. Das Hegar'sche Symptom ist übrigens nur ein wahrscheinliches, keineswegs jedoch ein sicheres oder gar pathognomonisches Zeichen der Gravidität, denn es kommt auch bei interstitiellen, submukösen und teleangiektatischen Myomen, die oberhalb des inneren Muttermundes gelegen sind, bei Häm- und Hydrometra zur Beobachtung. Deshalb darf auf Grund des Hegar'schen Symptoms allein Gravidität keinesfalls diagnostiziert werden.

(Rußky Wratsch 1912 Nr. 8. —
Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Chorea gravidarum. Von E. Meumann. Verfasser teilt 15 neue Fälle mit. Eine Patientin war hereditär neuropathisch belastet, zwei weitere psychisch nicht intakt. Acht waren Erstgebärende. Ebenso viel hatten früher schon einmal Chorea oder Gelenkrheumatismus gehabt. An Endokarditis litten sieben. Fieber hatten sechs, Eiweiß im Urin fünf, darunter zweimal erst während der Geburt. Einmal konnte Azeton im Urin nachgewiesen werden, das nach Heilung der Chorea verschwand. Zwei der Patientinnen

litten an Hemichorea, eine an Hemiparese. Die Mortalität betrug 5 von 15, d. h. 33%, die Mortalität der Kinder 73,3%. Bemerkenswert ist, daß alle Patientinnen, die Jugendchorea gehabt haben, durchgekommen sind und daß sich unter den Todesfällen keine einzige findet, die als Kind Veitstanz gehabt hat. Was die Prognose der rezidivierenden Chorea betrifft, so hat Verfasser zwei derartige Fälle gesehen, die beide am Leben geblieben sind. Unter den Autoren, die therapeutische Ratschläge gegeben haben, unterscheidet Verfasser vier Richtungen: die erste will die Chorea gravidarum nur medikamentös behandelt wissen, die zweite läßt als ultimum refugium die Schwangerschaftsunterbrechung zu, die dritte will zu diesem Mittel in allen schweren Fällen greifen, und die vierte mahnt, auch in leichten Fällen nicht zu lange medikamentös zu behandeln, sondern die Schwangerschaft zu unterbrechen, ehe irreparable Veränderungen eintreten. Verfasser schließt sich der Ansicht von Zweifel an, zunächst medikamentös vorzugehen. Tritt dann nicht binnen kurzem eine Besserung ein, so empfiehlt er die Schwangerschaftsunterbrechung. Verfasser empfiehlt jedoch nicht den künstlichen Abort oder die künstliche Frühgeburt bei Chorea gravidarum durch Laminariastifte, Zervikaltamponade usw. einzuleiten, die das Allgemeinbefinden verschlechtern, das Auftreten von Eiweiß und Fieberbewegungen nicht zu verhindern vermögen, sowie die Geburt in die Länge ziehen (fünf bis sechs Tage unter Umständen), sondern nach dem Vorschlage von Bumm und Martin den vaginalen Kaiserschnitt, der bei Chorea gravidarum in Zukunft immer mehr Aufnahme finden wird.

(Inaug.-Dissert. 1912. —

Neurolog. Zentralblatt 1912 Nr. 22.)

Syphilis.

Mißbildungen der Zähne bei Erbsyphilis. Von Gaucher. Es gibt zahlreiche Fälle, bei denen Mißbildungen oder Unterentwicklung der einen oder anderen Art allein die Diagnose einer Erbsyphilis stellen lassen, und dazu gehören in erster Linie Veränderungen an den Zähnen, die zwar durch die verschiedensten Affektionen verursacht sein können, aber praktisch doch immer auf Syphilis zu beziehen sind, da die Syphilis die einzige Erkrankung ist, die den Fötus befallen und Veränderungen an ihm hervorbringen kann, ohne ihn in jedem Falle zum Absterben zu bringen. Besonders sind es die Zähne, an denen Veränderungen nachweisbar sind und eine Diagnose ermöglichen, und zwar durchaus nicht immer nur die von Hutchinson beschriebene Form, die gerade, wie Verfasser meint, häufig anderen Affektionen ihren Ursprung verdankt, als eine Reihe Veränderungen sowohl der Milch- wie der bleibenden Zähne, die Verfasser eingehend beschreibt und mit Beispielen belegt. So hat er punktförmige Depres-

sionen und Grübchenbildungen an der Zahnkrone nachweisen können; andererseits Unregelmäßigkeiten der Bißfläche mit Emaildefekten bei den Backenzähnen. An den Schneidezähnen sind die Ränder oft gezähnt wie bei einer Säge, oft von vorn nach hinten abgeplattet, verdünnt, gelblich und schleimig. Weit häufiger sind Unterentwicklung der Zähne und Fehler in der Zahnstellung. Erst kürzlich hat er wieder einen Fall beobachten können, bei dem der mittlere obere linke Schneidezahn vor dem rechten stand, während die beiden Eckzähne gegeneinander geneigt, geriffelt und ausgezackt waren. Die lateralen Schneidezähne waren zugespitzt wie Eckzähne.

(Annales des Maladies vénériennes, Sept. 1912. —
Dermatolog. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Erfahrungen mit Neosalvarsan. Von Privat - Dozent Dr. W. Heuck (Aus der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten).

Zusammenfassung. 1. Die leichte Löslichkeit des Neosalvarsans in destilliertem Wasser und 0,4% NaCl-Lösung und seine neutrale Reaktion vereinfachen die Technik der Zubereitung der Lösung gegenüber dem Altsalvarsan und erleichtern steriles Arbeiten.

2. Bei Anwendung des Neosalvarsans ist neben strenger Beobachtung der von Ehrlich gegebenen Vorschriften eine Einzeldosis von 0,8 bei Frauen und 1,0 bei Männern nicht zu überschreiten und zwischen den Injektionen ein fünf- bis siebentägiges Intervall zu beobachten. Bei Affektionen des Zentralnervensystems ist zunächst eine Dosis von 0,2—0,3 Neosalvarsan anzuraten.

3. Stärkere Allgemein- und Lokalreaktionen sind bei einer geringeren Anfangsdosis (0,45—0,6) und eventuell nach Vorbehandlung mit Quecksilber seltener.

4. Die klinische Wirkung des Neosalvarsans steht auch bei entsprechend höherer Dosierung hinter der des Altsalvarsans zurück.

5. Die serologischen Ergebnisse bestätigen dies. Der Umschlag der Wassermann'schen Reaktion erfolgt langsamer und nicht so häufig. Auch bei der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung nach Hoffmann ist das Altsalvarsan nach unseren Erfahrungen dem Neosalvarsan überlegen.

6. Die toxischen Nebenerscheinungen sind nach unseren bisherigen Erfahrungen nicht stärker, sondern geringer als die des Altsalvarsans; die von einigen Autoren gebrachten ungünstigen Berichte widersprechen unseren Erfahrungen; bedrohliche Zustände von Hirnschwellung haben wir nicht gesehen, Spätexantheme selten.

7. Ob das Neosalvarsan als genügender Ersatz des Altsalvarsans angesehen werden darf, läßt sich noch nicht sicher sagen. Die Entscheidung werden hier die Beobachtungen über die Dauerwirkung der kombinierten Quecksilber - Neosalvarsankur bringen. Wo es auf

kräftige Wirkung ankommt, ziehen wir das Altsalvarsan schon jetzt vor.

Nachtrag: Die Erfahrungen der letzten Zeit haben uns gelehrt, daß auch bezüglich der Dauerwirkung das Neosalvarsan einen Vergleich mit dem Altsalvarsan nicht aushalten kann, wir werden daher doch vorwiegend wieder Altsalvarsan anwenden.

(Therap. Monatshefte, November 1912.)

Die Anwendung des Salvarsans bei hereditärer Lues. Von E. A n d r o n e s c u (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Bukarest). A. schließt seine Arbeit mit den Worten: „Wir glauben, diese Fälle sind ganz überzeugend, sowohl in Hinsicht auf die Unschädlichkeit des Präparats, wie auch in bezug auf die außerordentliche Heilwirkung bei Kindern. Die direkte Behandlungsmethode ist bei Kindern leicht anwendbar und hat dieselbe Wirkung wie die indirekte, welche — wir müssen es gestehen — ganz unerwartete Resultate gibt. Das neue Präparat bietet jedenfalls eine Waffe mehr gegen eine so schreckliche Krankheit, wie es die Syphilis ist. Wir sind der Meinung, daß seine Anwendung bei Kindern mit hereditärer Lues unbedingt nicht zu unterlassen und geeignet ist, viele junge Leben zu retten, die sonst dem Tode verfallen. Kein anderes Mittel hat eine so schnelle und gute Wirkung bei hereditärer Syphilis, bei der alles von der Schnelligkeit der Therapie abhängt. Jedes Kind mit Heredolues muß sofort der Salvarsantherapie unterworfen werden, denn nur auf diese Art können wir ihm eine normale Entwicklung, gutes Allgemeinbefinden und eine absolute Genesung verbürgen.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 16.)

Die verspätet ausbrechende Syphilis. Von H. G o u g e r o t. Der Verfasser beobachtete zwei Fälle, bei denen der Ausbruch der Roseola und der Sekundärsymptome sehr spät erfolgte. In einem Fall traten 160 Tage nach vollständiger Abheilung des Schankers (NB. intensive Quecksilberbehandlung hatte stattgefunden!) Roseola, Haarausfall und Schleimhautpapeln auf. In einem anderen Fall erschien 152 Tage nach Auftreten des Schankers bei ununterbrochener Quecksilberbehandlung eine neue Enduration der Sklerose, auf welche nach weiteren 17 Tagen Roseola und Schleimhautpapeln folgten. In Anbetracht dieser Möglichkeit muß man bei der Beurteilung der sogenannten Reinfektionen äußerst vorsichtig sein. Wahrscheinlich sind die meisten Fälle von Reinfektion bei rezenter Syphilis, wie sie besonders seit der Salvarsanperiode gehäuft publiziert werden, auf diese Weise zu erklären.

(Journ. des practic. 1912 Nr. 21. —
Dermatolog. Wochenschrift 1912 Nr. 47.)

Tabes.

De la conservation et du retour des réflexes rotuliens dans le tabés dorsalis à propos d'un malade atteint de crises gastriques tabétiques. Par Chali er et N óv é - J osse ra nd. Nach Aufzählung der spärlich vorhandenen Literatur über Erhaltensein der Reflexe bei Tabes geben Verfasser erst kurz einen Fall eigener Beobachtung. Ein 45jähriger Handwerker, der in der Jugend Malaria durchgemacht hat, dagegen Lues und Alkoholismus leugnet. Seine Frau hat Tabes und ist Morphinistin. Er hat gastrische Krisen seit zwei Jahren. Status: Kachektischer Kranker, der durch manchmal wochenlang anhaltendes Erbrechen in seiner Ernährung zurückgekommen ist. Kniereflexe auf beiden Seiten erhalten, ebenso die Pupillenreaktion; keine sonstigen Augenstörungen. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt bessern sich die Krisen, wird entlassen, ist jedoch kurze Zeit darauf wieder da: er war während des Aufenthaltes zu Haus selbst Morphinist geworden. Exitus an Lungentuberkulose. Bei der Autopsie fand sich am Großhirn und Kleinhirn nichts, die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab eine typische Degeneration der Hinterstränge. — Es steht wohl unzweifelhaft fest, daß es eine Tabes gibt mit Erhaltensein der Kniereflexe. Wenn die Reflexe frühzeitig erlöschen, so ist es natürlich ein wertvolles Hilfsmittel für die Diagnose, ihr Erhaltensein spricht aber nicht dagegen, wenn andere Zeichen vorhanden sind, die sie stützen. Das Fehlen oder Vorhandensein der Kniereflexe ist abhängig von der Degeneration bzw. von dem Intaktsein einer ganz bestimmten Region im Dorsolumbalmark. Im Verlauf einer Tabes können die verschwundenen Reflexe unter drei Bedingungen wiederkehren, nämlich bei der Hemiplegie, bei Amaurose und bei dem Eintreten von spezifischer, tonischer oder hygienischer Behandlung. Der Mechanismus ist nicht immer derselbe. Es wäre denkbar, daß nach einer Behandlung im angedeuteten Sinne die Leitung in den degenerierten Fasern wiederkäme. Bei der Amaurose, vorausgesetzt daß die geistigen Kräfte des Patienten ganz intakt sind, ist es möglich, daß die Konzentration der Aufmerksamkeit im Verein mit Uebung eine Spannung der nervösen Elemente erzeugte. Diese Spannung würde günstige Bedingungen schaffen für die Wissensimpulse, welche vom Großhirn durch das Rückenmark zu den Extremitäten gehen. Es wäre also leicht möglich, daß die verschwundenen Reflexe auf dem Wege der Willensimpulse wiederkämen. Bei der Hemiplegie eines Tabikers würde die Herstellung der Reflexe auf dem Wege einer Reizung erfolgen, welche, von der zerebralen Läsion ausgehend, das motorische Neuron in Spannung versetzen würde. Alle drei Bedingungen haben natürlich zur Voraussetzung, daß das degenerierte Gewebe noch, nicht völlig zugrunde ge-

gangen ist, daß immer noch eine intakte Gewebsbrücke vorhanden ist, von der die Regeneration ausgehen kann.

(Nouv. Icon. de la Salp. 1912 Nr. 1. —
Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

Die Tabes der Frauen. Von Kurt Mendel und E. Tobias. Die beiden Verfasser haben es unternommen, nach dem großen Material der Mendel'schen Poliklinik, ähnlich, wie es der erstere vor einigen Jahren für die Unfallnervenerkrankungen getan hat, jetzt das klinische Bild der Tabes der Frauen zusammenfassend darzustellen. Sie kommen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Tabes tritt bei Frauen seltener auf als bei Männern.
2. Während für den Mann vom 40. Jahre ab die Wahrscheinlichkeit, tabisch zu erkranken, ständig abnimmt, sieht man bei Frauen — wohl mitbedingt durch die Zeit der Wechseljahre — einen entschiedenen Anstieg bezüglich des Beginnes der Tabes in der ersten Hälfte des sechsten Lebensdezenniums, also in einer Zeit, in welcher bei Männern eine beginnende Tabes etwas Seltenes darstellt.

3. Von den bei der Entwicklung der Tabes mitwirkenden bzw. auslösenden Ursachen spielen bei den Frauen — entsprechend der Tatsache, daß dieselben diesen Schädlichkeiten weniger ausgesetzt sind — das Trauma, der Alkohol und die Erkältungen seltener eine Rolle als bei den Männern. Hingegen bietet die Beschäftigung mit der Nähmaschine als weibliche Arbeit ein schadenbringendes Moment, welches bei Entwicklung der Tabes zu Ungunsten der Frau in die Wagschale fällt. Während aber bei dieser Berufsklasse von Frauen nur von einer das Leiden mit auslösenden oder im Sinne der Edinger'schen Theorie schädigenden Noxe die Rede sein kann, hängt die relativ häufige tabische Erkrankung der Prostituierten zweifellos direkt mit der Entstehungsursache des Leidens, mit der Syphilis, zusammen, zu deren Erlangung die der Prostitution anheimgefallene Frau besonders oft Gelegenheit hat.

4. Relativ häufig fanden die Verfasser im Vergleich zur Männer-tabes das Vorkommen von Arteriosklerose bei ihren weiblichen Tabes-fällen, zumal wenn man berücksichtigt, daß Frauen im beobachteten Alter nicht so häufig wie Männer bereits ausgesprochene arteriosklerotische Veränderungen bieten. Verhältnismäßig häufig sind fernerhin Arthropathien als Symptom der Frauentabes. Ganz ausschließlich dem weiblichen Geschlechte kommen naturgemäß diejenigen krisenartigen Anfälle zu, welche die nur der Frau eigenen Organe betreffen (Klitoriskrisen, Ovarialkrisen usw.), ebenso wie bezüglich Menstruation, Schwangerschaft und Geburt die Frauentabes natürlich ihre eigenen Wege geht. Betreffs der nun folgenden Symptome befindet sich aber die an Tabes erkrankte Frau im all-

gemeinen in entschieden günstigerer und weniger qualvoller Lage, als der männliche Tabiker. Die tabische Frau bietet unzweifelhaft seltener, eventuell aber in weniger ausgesprochener Weise und erst im späteren Krankheitsstadium ataktische Störungen. Blasenstörungen, welche der tabische Mann so häufig aufweist, gehören — wenigstens stärkere Grade derselben — zu den Seltenheiten im Bilde der Frauentabes. Gastrische Krisen, jenes so häufige und besonders qualvolle Symptom der Männertabes, sind bei Frauen relativ selten. Das gleiche gilt auch für die sogenannten „subjektiven Sensibilitätsstörungen“, die seltener bei Frauen vorkommen, wenn sie aber vorhanden sind, milder und weniger quälend auftreten.

5. Als Komplikationen, welche bei bestehender Tabes das weibliche Geschlecht zu bevorzugen scheinen, gleichzeitig aber auch sonst Frauen häufiger als Männer heimsuchen, sind zu nennen: an erster Stelle die Hysterie, dann die Hemikranie (häufig schon lange Jahre vor dem Rückenmarksleiden bestehend), ferner die Basedow'sche Krankheit und die Paralysis agitans. Betreffs dieser Komplikationen steht die tabische Frau entschieden ungünstiger da als der Mann, dessen Erkrankung in der Regel als reine Tabes, d. h. ohne Vergesellschaftung mit anderen Leiden verläuft, es sei denn, daß eine Neurasthenie seine Rückenmarkskrankheit begleitet, oder daß sich — und hierin befindet sich der tabische Mann wiederum seinerseits im Nachteil — eine progressive Paralyse der Tabes hinzugesellt.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1912 S. 29. —
Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

Tuberkulose.

Über die Zweckmäßigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft im Verlaufe der Lungentuberkulose. Von Prof. Dr. A. Martin. Wie M. nachweist, hat in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Schwangerschaft einen unheilvollen Einfluß auf bestehende Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Bei manifester Lungenerkrankung, besonders auch bei stationär gewordener älterer Tuberkulose, erfolgte in dem erschreckend hohen Prozentsatz von 60—100% Verschlimmerung des Prozesses oder Tod. Bei latenter Tuberkulose sei der Todesprozentsatz ein viel kleinerer, $3\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$ %, aber in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz werde aus der latenten Tuberkulose eine manifeste. Ob letzteres eintritt, hänge u. a. viel von der sozialen Lage der Betreffenden ab, von den während der Schwangerschaft, sub partu und im Wochenbett eintretenden Komplikationen. M. ist der Ansicht, daß in erster Linie das Fehlen einer korrekten Geburts- und Wochenbettleitung die Verschlechterung der Tuberkulose herbeiführt. Bedeutet also auf jeden Fall die Schwangerschaft für eine tuberkulöse Lungenkranke eine ernste Gefahr, so sind andererseits

auch die Aussichten für Kinder solcher Mütter recht mäßige, 25 bis 70% Mortalität im ersten Lebensjahr hat man berechnet. Mithin sei es Recht und Pflicht, das Wohl der Mutter weit vorzustellen. — Bei manifester Lungenerkrankung empfiehlt M. prinzipiell, die Schwangerschaft so früh als möglich zu unterbrechen, wenn es nicht anders sein kann, auch nach dem vierten Monat, nur müsse man Methoden anwenden, die schnell, unblutig und aseptisch auszuführen sind. Dann könne man bei wenig ausgedehnten Prozessen auf 83%, bei schweren immer noch auf 25% Heilerfolge rechnen. Anders solle man sich bei latenter Tuberkulose verhalten. Hier soll zunächst abgewartet werden, aber unter scharfer Kontrolle, so daß man sofort aktiv eingreifen kann, wenn Zeichen der Aktivierung oder Rezidivierung eintreten. — Die Methode der Wahl soll, — außer bei leichter Zugänglichkeit der Uterushöhle Vielgebärender in den ersten Monaten, wo die digitale Ausräumung ohne Narkose möglich ist — die Kolpotomia anterior sein. Um sich vor jedem unnötigen Blutverlust zu sichern, könne man dabei den M o m b u r g'schen Taillenschlauch umlegen, als Narkose verwende man die Lumbalanästhesie. Die Frage der gleichzeitigen tubaren Sterilisierung beantwortet M. dahin, daß dieselbe prinzipiell nur bei Pluriparen zulässig sei und auch da nur temporär. M. will dies dadurch erreichen, daß er einen uterinen Tubenstumpf erhält, an dem später einmal eine Stomatoplastik gemacht werden könne. — Die in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten empfohlene Totalexstirpation von schwangerem Uterus und Ovarien, resp. die Exzision der Plazentarstelle per vaginam oder auch die supravaginale Amputation seien bei Pluriparen mit beschränkter Herderkrankung, bei aktiver Tuberkulose in den ersten Schwangerschaftsmonaten als berechtigt anzuerkennen.

(V o l k m a n n's Sammlung klin. Vorträge 1912. —
Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 51.)

Durch den verstorbenen Leiter der Volksheilstätte Planegg bei München, Hofrat K r e b s, wurde R u d o l f S c h ä f e r-Karlsruhe zu interessanten und wertvollen Untersuchungen über die Frage: **Bilden Volksheilstätten eine Gefahr für ihre Umgebung?** angeregt. Er ist zu einer Verneinung seiner Titelfrage gekommen. Er konnte auch für Planegg zeigen, daß die Errichtung einer Volksheilstätte keinerlei Gefahr für die Umgebung bedeutet, und spricht die Hoffnung aus, daß der in Deutschland eingeschlagene Weg zur Bekämpfung der Tuberkulose immer weniger auf Widerstand stoßen wird und somit der Kampf immer wirkungsvoller geführt werden kann. Daß die Titelfrage mit Recht verneint wird, geht aus folgenden Zahlen hervor: In den zwölf Jahren vor der Eröffnung der Volksheilstätte Planegg waren bei einer Gesamtzahl von 598 Todesfällen

in den umliegenden Ortschaften 99 als an Tuberkulose erkrankt in die Sterberegister eingetragen, was einem Prozentsatz von 16,72 entspricht, während in den zwölf darauffolgenden Jahren auf 635 Todesfälle 87 als Tuberkulosefälle verzeichnet waren, was wiederum einem Prozentsatz von 13,7 entspricht, woraus hervorgeht, daß die Sterblichkeitszahl an Tuberkulose nicht nur nicht erhöht, sondern innerhalb der relativ kurzen Zeit um 3% zurückgegangen ist. Werden aber nur die der Volksheilstätte zunächst liegenden zwei Ortschaften (Krailling und Planegg) in Betracht gezogen, und die zwar räumlich entfernten, aber doch in regem Verkehr mit diesen beiden Orten stehenden Gemeinden Neuried und Martinsried bei der Berechnung fortgelassen, so ergibt sich, daß in den Jahren 1887—1898 auf 479 Todesfälle 81 Tuberkulosefälle, in den Jahren 1898—1910 auf 521 Todesfälle 78 Tuberkulosefälle kommen, was einem Prozentsatz von 16,9 vor 1898 gegen 14,9 darnach entspricht.

(Inaug.-Dissert. München 1912. —
Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 50.)

Nephritis acuta nach Jodmentholinjektionen. Von Paul Michaelis. Angeregt durch die Veröffentlichungen Berliner's über die Anwendung des Jodmenthols bei Tuberkulose, hat Verfasser dieses Mittel bei einer größeren Anzahl Patienten injiziert. Ueber die Erfolge will Verfasser später berichten — da sie noch nicht abgeschlossen sind —; nur soviel will er jetzt bemerken, daß das körperliche Befinden und die objektiv nachweisbaren Veränderungen sich erheblich gebessert haben. Verfasser verwandte das Jodmenthol in folgender Zusammensetzung, stellte es selbst in kleinen Mengen her, um es immer möglichst frisch zu erhalten:

Menthol 10,0
Eucalyptol 20,0
Jodipin (25%) 50,0.

Berliner schreibt, daß er bei dieser Zusammensetzung „niemals auch nur die geringste Störung habe auftreten sehen“. Irgendwelche Vergiftungserscheinungen von seiten des Jods hat Verfasser niemals beobachtet, keinen Jodschnupfen, keine Diarrhöen. Auch war die Injektionsstelle selbst niemals schmerzhaft oder infiltriert, vorausgesetzt, daß man die Injektion intramuskulär ausführte. Während Blümel bei Anwendung des Jodmenthols in der älteren Formel:

Menthol 10,0
Eucalyptol 20,0
Ol. Deviconi 100,0

zweimal Albumen im Urin auftreten sah, hatten die übrigen Beobachter dies niemals. Hierbei ist zu bemerken, daß bei der Ueber-

schichtungsharnprobe ein heller Ring entstehen kann, welcher aber nicht vom Eiweiß, sondern vom Menthol herrührt. Ein schwererer Fall von Nierenschädigung wurde bisher noch nicht mitgeteilt, auch nicht in den ausführlichen Publikationen französischer Autoren über Dioradin, das angeblich radioaktive Jodmenthol. Im Gegensatz hierzu ist Verfasser in der Lage, über eine schwere akute Nephritis nach Injektion von Jodmenthol berichten zu können. Es handelt sich um einen zehnjährigen Knaben, welcher an Knochen- und leichter Lungentuberkulose litt. Nach zwei Injektionen trat plötzlich hohes Fieber und Erbrechen auf. Die Urinsekretion ließ fast vollständig nach. Diarrhöen stellten sich ein. Das Kind klagte über Kopfschmerzen, Schwindel und schlechtes Sehen. Der Urin war von dunkelroter Farbe, trüb. Rote und weiße Blutkörperchen waren reichlich vorhanden, zusammengehäuft als Blutzylinder. Epitheliale Harnzylinder wurden in großen Mengen gesichtet. Trotzdem das Jodmenthol sofort ausgesetzt wurde, traten noch auf kurze Zeit Oedeme im Gesicht und an den Füßen auf. Die Besserung stellte sich nur langsam ein; auch jetzt noch hat der Knabe geringe Mengen von Eiweiß im Urin. Welches von den drei Komponenten hat nun so schwere nierenschädigende Eigenschaften? Das Jod ist es sicher nicht. Die Vergiftungserscheinungen des Eucalyptols sind: Kopfschmerz, Trunkenheit, geistige Abspannung, lähmungsartiger Zustand des Gehirns und des Rückenmarks, Abnahme der Herzkraft, Temperaturabfall, schließlich Atmungslähmung. Dahingegen ist das Menthol in reichlicher Menge vertreten, nämlich 12,5 g in 100 g der Lösung. Auf eine Injektion würden demnach 0,125 kommen. Menthol, $C_{10}H_{20}O$, ist eine feste Substanz aus dem Oele verschiedener Menthavarietäten gewonnen, welches früher irrtümlich für eine Kampferart gehalten wurde. Die Pfefferminzen gehören bekanntlich zu den Pflanzen mit reizenden ätherischen Oelen. Das Menthol ist es, welches in obigem Falle eine so schwere Nephritis haemorrhagica erzeugte. Als Beweis hiefür dienen die experimentellen Untersuchungen von Falk und Martins. Falk fand schwere Verfettungen an den inneren Körperorganen; besonders stark ausgesprochen sind diese Veränderungen in der Leber und am Herzen, in geringerem Grade in den Nieren. Dasselbe fand Martins: „Die Epithelzellen der Harnkanälchen, und zwar sowohl der geraden wie der gewundenen, zeigten gleichfalls Einlagerungen von feinen und feinsten stark lichtbrechenden Körperchen, welche auf Essigsäurezusatz sich nicht änderten, nach 2%iger Osmiumsäure sich kräftig und rasch schwärzten, demnach als Fettröpfchen anzusprechen waren.“ Schwere Schädigungen des Menthols bei Säuglingen veröffentlichte vor kurzem Lublinski. Er und andere sahen nach Applikation von Mentholöl auf die Nasenschleimhaut schwere Glottiskrämpfe auftreten. Dieser

Fall mahnt zu großer Vorsicht bei der Anwendung der Jodmentholinjektionen in der ambulanten Praxis. Es ist demnach dringend zu raten, vor Beginn jeder Behandlung und dann in gewissen Zwischenräumen den Urin des Patienten genau zu untersuchen und die Injektionen bei Auftreten auch nur geringer Spuren Eiweiß zu unterlassen, um vor unangenehmen Ueberraschungen bewahrt zu bleiben. Patienten, welche schon einmal eine Nierenerkrankung durchgemacht haben, möchte Verfasser ganz ausschließen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 26.)

Typhus.

Wie lange steckt der Typhuskranke an? Von Dr. E. Schumacher (Aus der Königl. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Trier). „Gelegentlich einer kürzlich aufgetretenen Epidemie in Wincheringen, die ich unter günstigen Verhältnissen beobachten konnte und bei der wir die Zahl der Untersuchungen nicht aus äußeren Gründen einzuschränken brauchten, haben wir statt der vorgeschriebenen zwei resp. drei negativen Schlußuntersuchungen in den meisten Fällen sechs bis sieben negative Befunde abgewartet, ehe wir die Patienten aus der Beobachtung und Isolierung entließen. Gleichwohl wurden die Untersuchungen auch nach dieser schon weit hinausgeschobenen Aufhebung der Isolierung doch noch möglichst häufig und längere Zeit fortgesetzt, um ein sicheres Bild zu erhalten, wie lange ein Typhuskranker in Wirklichkeit als ansteckungsfähig zu gelten hat. Diese Untersuchungen, deren bei einzelnen Kranken insgesamt 20—30 vorgenommen wurden, führten zu einem in epidemiologischer Hinsicht bedeutungsvollen Resultat. Es konnte nämlich der Nachweis erbracht werden, daß bei manchen Personen die Ausscheidung von Typhusbazillen in Wirklichkeit doch nicht aufgehört hatte, ja zum Teil nach Beendigung der offiziellen Schlußuntersuchung überhaupt erst einsetzte. Typhusrekonvaleszenten dieser Art haben wir „Spätausscheider“ genannt. Sie können sich entweder noch zu Dauerausscheidern entwickeln, oder es pflegt die Ausscheidung der Typhusbazillen nach verschieden langer Zeit, doch noch vor Ablauf der zehnten Krankheitswoche spontan zu sistieren. Bei diesen Untersuchungen konnte auch die Beobachtung gemacht werden, daß selbst sehr leichte Fälle zu solcher Spätausscheidung neigen und daher in epidemiologischer Hinsicht größere Beachtung verdienen, als ihnen bisweilen geschenkt wird. Unter 30—40 Fällen dieser Epidemie konnten nicht weniger als zehn Fälle später Ausscheidung konstatiert werden, die bei Beobachtung bisher angewandter Untersuchungsmethoden und -vorschriften unserer Kenntnis entgangen und leicht die Quelle neuer Infektionen geworden wären. Aus der Zahl der Fälle, auf die ich in einer demnächst im Zentralblatt für Bakteriologie

erscheinenden Arbeit und in einer „Veröffentlichung aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung“ näher eingegangen bin, will ich ein Beispiel herausgreifen: Ein junger Mann, Br., erkrankte am 6. Januar d. J. an einem klinisch sicheren Typhus, der durch positiven Widal am 20. Januar bestätigt wurde. Die Entfieberung trat am 8. Februar ein. In seinen Abgängen ließen sich während der Fieberperiode am 25. Januar, 30. Januar, 5. Februar, 6. Februar, 7. Februar keine Typhusbazillen nachweisen. Die Schlußuntersuchungen begannen am 8. Februar. Statt der obligaten zwei wurden deren sechs vorgenommen, die am 8. Februar, 10. Februar, 12. Februar, 15. Februar, 18. Februar, 21. Februar negativ ausfielen, so daß der Rekonvaleszent am 23. Februar aus der Beobachtung und der Baracke entlassen wurde. Da die Entlassungsnachricht und neue Materialeinsendung sich kreuzten, so war es ein eigenartiger glücklicher Zufall, daß diese am 26. Februar vorgenommene Untersuchung positiven Typhusbazillenbefund im Urin ergab. Hätten wir die Temperaturkurve allerdings gesehen und den gerade am Entlassungstag erfolgten neuen Anstieg auf $39,5^{\circ}$, so hätten wir den Kranken nicht entlassen, obwohl er sich subjektiv bereits sehr wohl fühlte und nur einen Tag über geringe Mandelschwellung klagte; Fieber und Mandelschwellung waren am dritten Tag verschwunden. Glücklicherweise ließ der bereits in seine Häuslichkeit übergesiedelte Familienvater sich überreden, wieder in die Baracke zurückzukehren, so daß wir während der weiteren Isolierung erneute Untersuchungen vornehmen konnten. Am 2. März wurden denn auch zu unserer größten Ueberraschung nochmals Typhusbazillen im Urin nachgewiesen, während sieben weitere Untersuchungen negativ blieben, so daß Patient am 15. März zum zweiten Male entlassen wurde. Obwohl er jetzt dauernd zu Hause blieb, wurden die Untersuchungen doch noch fortgesetzt mit dem Resultat, daß wir am 26. März erneut Typhusbazillen im Urin feststellen konnten. Trotz zahlreicher, insgesamt 23 Untersuchungen begann in diesem Falle nachweisbare Ausscheidung von Typhusbazillen erst nach erfolgter Entlassung und konnte noch bis in die siebente Woche nach der ersten Entfieberung und bis in die fünfte Woche nach bereits erfolgter Entlassung verfolgt werden, um dann endgültig zu sistieren. — Bei anderen Fällen, die ohne so späte oder überhaupt ohne Rezidive verliefen, ließen sich ähnliche Beobachtungen machen. In Uebereinstimmung mit E. Levy möchte ich bei dieser Gelegenheit nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß bei einem Typhusrekonvaleszenten jede Steigerung der Temperatur in der Achselhöhle über $37,2$ als Fieber und verdächtig anzusehen ist, zumal die Temperatur bei normaler Entfieberung meistens $1-2^{\circ}$ unter dieser Grenze sich befindet. Mag das Fieber bisweilen auch von kurzer Dauer und im klinischen Sinne harmloser Natur sein, so kann

aus epidemiologischen Gründen nicht scharf genug hervorgehoben werden, daß es stets als Veranlassung zu gelten hat, die bakteriologischen Untersuchungen und sanitätspolizeilichen Maßnahmen fortzusetzen. In der Praxis werden, falls bei den Kranken nicht wie im Krankenhaus genaue Temperaturmessungen vorgenommen werden und der Arzt den Kranken nicht mehr besucht, kleine Temperatursteigerungen allerdings sicherlich unbemerkt bleiben. Zwecks Vermeidung zu frühzeitiger Entlassung empfiehlt es sich daher allgemein, die Kranken vielleicht sechs Wochen hindurch nach der Entfieberung unter Beobachtung zu halten, wenn auch die strenge Isolierung schon Mitte der vierten Woche wie bisher aufgehoben werden mag. Denn nur dadurch, daß wir solche Spätausscheidungen, wie sie jedenfalls auch anderswo beobachtet werden, feststellen und die Kranken zur Fortsetzung der Vorsichtsmaßregeln betreffend Reinhaltung der Hände, sowie Desinfektion der Wäsche und Abgänge anhalten, können wir mit großer Wahrscheinlichkeit verhindern, daß sich an Primärfälle spät auftretende Sekundärfälle anschließen.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 48.)

Ichthoform bei Typhus abdominalis. Von Dr. H. Haller (Jenesien bei Bozen). Es ist wohl ein gewagtes Unternehmen, einem Medikamente zur Behandlung des Typhus abdominalis das Wort zu reden; hat der medikamentöse Nihilismus doch kaum ein günstigeres Feld, als gerade das Gebiet dieser gefährlichen und weit verbreiteten Krankheit. Die Erfahrungen Verfassers mit Ichthoform bei Typhus aber scheinen dem Nihilismus bei dieser Krankheit die Berechtigung abzuspochen. Wenn es auch kein Spezifikum gegen diese Krankheit im eigentlichen Sinne des Wortes ist, so sind die Erfolge, die mit ihm erzielt worden sind, doch so in die Augen springend, daß ein gewissenhafter Arzt diese Waffe im Kampfe gegen Typhus nicht wird missen wollen. Verfasser hat im ganzen 33 Fälle von ausgesprochenem Typhus abdominalis mit Ichthoform behandelt, wovon zwei gestorben sind. Der eine Fall ging an einer am zweiten Behandlungstage eingetretenen Darmperforation zugrunde, während der andere in der zweiten Behandlungswoche an Erstickung durch vollständige, durch nichts zu beseitigende Verschleimung der Lungen starb (Temperatur 39°). Die übrigen 31 Fälle genasen. Bei allen mit Ichthoform behandelten Typhusfällen zeigte sich die auffallende Erscheinung, daß das Fieber stets längstens vom dritten Tag ab langsam und gleichmäßig sank. Die Abnahme des Fiebers schwankte natürlich bei den einzelnen Fällen je nach der Schwere der Erkrankung, bei keinem Kranken wurde aber ein Rückfall beobachtet. Vollständige Entfieberung trat

in der Regel in der zweiten Woche ein, nur bei zwei Fällen konnte dieselbe erst in der dritten erreicht werden. Ebenso angenehm war die Beobachtung, daß bei allen Kranken das Sensorium stets vollkommen frei blieb und nur verhältnismäßig geringe Kopfschmerzen bestanden. Der Verfall der Kranken war infolge der relativ kurzen Krankheitsdauer ein geringerer, die Erholung in der Rekonvaleszenz schritt stets schnell vorwärts. Typhusfälle im Anfangsstadium (erste Woche) konnten geradezu kupiert werden. Es sei hier ausdrücklich bemerkt, daß es sich nicht bloß um leichte Fälle gehandelt hat; es fanden sich unter diesen 31 einige sehr schwere, die mit 40 bis 41° in Behandlung genommen wurden und während einer Epidemie aufgetreten sind, in der mit anderer Behandlungsmethode mehr als 35% gestorben sind. Verabfolgt wurde das Mittel für Erwachsene in der Regel in Dosen von 0,5 g dreimal täglich bis dreistündlich, je nach der Schwere des Falles und nach der Zahl der Stühle. Bei schwerer Erkrankung mit zahlreichen Durchfällen wurde es dreistündlich verordnet und zur Ruhigstellung des Darmes mit 0,05 opii p., sowie mit 0,05 Kalomel kombiniert. Bei diesem Vorgehen sank die Zahl der Stühle rasch auf zwei bis vier im Tage; manchmal trat sogar Stuhlverhaltung ein, in welchem Fall Opium selbstverständlich weggelassen und die Zahl der Pulver auf drei im Tage herabgesetzt wurde. In einem Falle, wo Pulver widerstanden, ließ Verfasser es in Mixtur geben. Kinder und Halberwachsene erhielten dementsprechend kleinere Dosen. — In letzter Zeit versuchte Verfasser Ichthoform mit Sulfur. dep. zu kombinieren, um die Medikamentation etwas zu verbilligen. Er gab 0,3 Ichthoform mit 0,2 Sulfur. dep. Auch mit dieser Medikamentation waren die Erfolge gute, es waren aber durchgehends leichtere Fälle. Außer dieser Medikamentation wurden in allen Fällen, wo Fieber über 39° bestand, kalte Umschläge über Bauch und Brust gemacht. — Durch diese Erfolge mit Ichthoform bei Typhus aufgemuntert, versuchte Verfasser es auch wiederholt in hartnäckigen Fällen von Darmkatarrh, und zwar anfänglich nur in jenen Fällen, in denen die Durchfälle auf kein anderes Medikament zurückgehen wollten, oder immer wieder rezidierten. Tuberkulose war von dieser Behandlungsmethode natürlich ausgeschlossen, da in diesen Fällen von vornherein nichts zu erwarten ist. Die anderen Fälle reagierten durchgehends in sehr günstiger Weise.

(Therapie der Gegenwart, November 1912.)

Urticaria.

Ueber zwei Fälle hartnäckiger Urticaria nach intravenösen Salvarsaninjektionen. Von Dr. W. Lier (Allgemeines Krankenhaus in Wien). Es handelt sich um zwei Patienten, bei denen nach mehrfacher Salvarsaninjektion eine sehr hartnäckige

Urticaria auftrat, und zwar bildete sich diese im Falle 2 vor des Verfassers Augen aus, während sie bei dem ersten Manne nur anamnestisch auf das Salvarsan zurückzuführen war. Die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges konnte beidemale durch die prompte provokatorische Wirkung, welche die Injektion sehr kleiner Salvarsanmengen hatte, gestützt werden; dagegen rief Neosalvarsan keine vermehrte Quaddelbildung hervor. Bei keinem der Patienten war es bisher möglich, durch eines der gebräuchlichen Mittel die Urticaria günstig zu beeinflussen. Bei dem ersten Falle möchte Verfasser auch die starke Braunfärbung des ganzen Integumentes sowie die besonders intensive Pigmentierung der zwischen den Flecken des Leukoderma syphiliticum gelegenen Hautstellen mit dem Salvarsan in Verbindung bringen. Grön beschreibt in Nr. 18 der Münchner med. Wochenschrift 1912 einen Fall von Melanodermie nach Salvarsan-spätdermatitis. In ähnlicher Weise dürfte hier das Salvarsan bei der Entstehung der Pigmentierung nach der immer wieder rezidivierenden Urticaria bzw. nach den entzündlichen Gefäßveränderungen des syphilitischen Leukoderms mitgewirkt haben.

(Wiener med. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Sebastié empfiehlt bei **Urticaria**:

Rp. Menthol 10,0

Alcohol. camphor.

Chloroform.

Aether ana 30,0

S. Zum Aufspritzen.

(New-York Med. Journ. 1912, 15. Juni.)

Vitia cordis.

Ein Herzfehler als Unfallfolge begutachtet. Von Dr. Eugen Várkonyi (Aus der Unfallbegutachtungsabteilung der Landeskrankenkasse in Budapest). Der 26jährige Rentner N. J. erlitt am 16. Juli 1908 in der Weise einen Unfall, daß er in einem Eimer in einen 12 m tiefen Brunnen herabgelassen wurde, wobei das Seil riß und N. einen linksseitigen Knöchelbruch erlitt. Es wurde ihm am 16. Juni 1910 eine 30%ige Rente zugesprochen. Am 9. August 1911 erscheint er behufs Ueberprüfung bei der Landeskasse, wobei folgender Befund erhoben wird: N. ist gut entwickelt und genährt, seine Lungen sind normal. Die Herzdämpfung geht um 1½ Fingerbreite über die linke Axillarlinie hinaus. An der Herzspitze ist der erste Ton verlängert, rauh, der zweite rein. Bei stärkerer Bewegung des linken Armes treten Atemnot und ein systolisches Geräusch auf. Der Puls beträgt 62 bis 68, ist aussetzend, Art. mäßig gefüllt. Die unteren Extremitäten zeigen eine Verkürzung von 1 cm, resp. Abnahme des

Umfanges linkerseits. N. klagt über leichte Ermüdung bei der Arbeit. Das nach diesem Befunde abgegebene Gutachten besagt, daß man nicht bloß auf den mangelhaft ausgeheilten Knöchelbruch allein, sondern auf den Gesamtzustand des N. Rücksicht nehmen müsse. Dabei ist zu entscheiden, ob der Herzfehler bereits vor dem Unfalle bestanden oder infolge des Unfalles entstanden sei, endlich, ob, wenn er schon bestanden, ihn der Unfall verschlimmert habe? Darüber, ob der Herzfehler vor dem Unfalle bestanden sei, ist anamnestisch nichts in den Akten zu ersehen, höchstens die Angabe N.'s, daß er trotz seines kräftigen Körperbaues nicht assentiert wurde, könnte dafür sprechen, daß sein Vitium schon damals erkannt worden ist. Es ist auch nicht wahrscheinlich, daß der Unfall den Herzfehler hervorgerufen hätte, denn erstens betraf der Unfall eine weitab vom Herzen befindliche Körperregion, den linken Fußknöchel, und zweitens würde ein plötzlich entstandener Herzklappenriß solche stürmische Erscheinungen hervorgerufen haben, daß dieselben kaum der Beachtung der Aerzte entronnen wären. Dagegen ist es wahrscheinlich, daß der Unfall den Zustand, der als Folge des Vitiums aufzufassen ist, verursacht hat, denn ein 26jähriger Mensch hat, falls nicht interkurrente Krankheiten es bedingen, im allgemeinen ein solches Herz, daß es bei kleineren Bewegungen und Anstrengungen nicht mit Atemnot und aussetzendem Puls reagiert. Der Sturz in einen 12 m tiefen Brunnen ist auch geeignet, ein derartiges psychisches Trauma zu setzen, daß, wie in unserem Falle, es zu bleibenden Schädlichkeiten kommen kann. Eben deshalb ist die Annahme berechtigt, daß bei N. ein vor dem Unfall latenter Herzfehler durch denselben so verschlimmert wurde, daß N. wirklich arbeitsunfähig sei. Diese Arbeitsunfähigkeit wurde mit 75% Rente entschädigt.

(Gyógyászat 1912, Nr. 13. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 41.)

Zu chronischen Digitaliskuren verordnet Dr. E. Adler
(Salzburg) gerne:

Rp. Diuretini	3,0
Fol. digit. titr. pulv.	0,9
Extr. strychni	0,3
Pulv. et extr. gent. ad Pill.	
No. XXX 2—3 Pill. täglich.	

(Aerztliche Reform-Zeitung 1912 Nr. 19.)

Vermischtes.

Das Bromural in der Zahnheilkunde. Von Paul Hoffmann (Berlin-Friedenau). Das Bromural fand in über 100 Versuchen, und zwar stets mit bestem Erfolg, Anwendung in der Zahnpraxis. Wenn es vor Einleitung der Bromäthernarkose gegeben wurde, trat die Narkose schneller ein, und der Verbrauch von Bromäther war geringer. Ferner wurde es vor der Injektion am N. mandibularis bei Meißelung am Unterkiefer angewandt. Das Angstgefühl bei aufgeregten Personen schwand dadurch völlig. Bromural vor schmerzhaften Bohrungen gegeben, erzeugte Linderung der Beschwerden. Die Patienten hatten wohl noch Schmerzen, verhielten sich aber ruhig. Bei Wurzelspitzenresektionen und Zystenoperationen wurde derselbe Erfolg erzielt. Auch zur Verhütung von Nachschmerzen leistete Bromural gute Dienste; traumloser, ruhiger Schlaf trat darauf ein, ohne Kopfschmerzen zu verursachen. Hoffmann erwähnt nur zwei negative Resultate, einmal bei einem stark erregten Herrn, der vor dem Examen stand, dann bei einem Paralytiker in ultimis; er hält Bromural für ein ganz außergewöhnliches Mittel, frei von schädlichen Nebenwirkungen.

(Deutsche Zahnärztl. Wochenschrift 1912 Nr. 27. —
Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 41.)

Ist der Gebrauch der Kalichloricum-Zahnpasten gefährlich? Von Privatdozent Dr. C. Bachem (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Bonn). Die in der Ueberschrift gestellte Frage ist dahin zu beantworten, daß nach den bisherigen Erfahrungen und nach dem Ergebnis von B.'s Versuchen die Anwendung des Kalium chloricum in Form einer Zahnpaste die Möglichkeit einer Gesundheitsschädigung ausschließt und praktisch als ungefährlich zu bezeichnen ist.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Ein neuer Handvibrationsapparat. Von Dr. G. Flatau, Nervenarzt (Berlin). Die Vibrationsmassage hat seit lange ihren gesicherten Platz in der Therapie. Auch eine große Reihe von nervösen Erkrankungen wird mit Erfolg durch Vibrationsmassage behandelt, mindestens bildet sie im Heilplane vieler nervöser Krankheitsformen einen sehr wichtigen Bestandteil. Schon lange hat es sich als zweckmäßig herausgestellt, dem Arzt und dem Kranken die Möglichkeit zu geben, sich von den großen, durch elektrische Kraft, Kohlensäurebetrieb, größere, durch den Fuß anzutreibende Werke in Bewegung gesetzten Vibrationsmaschinen unabhängig zu machen. Dazu sind Handapparate

angegeben worden, die in vieler Beziehung als brauchbar anzusehen waren, aber auch Mängel aufwiesen, weil sie noch zu groß und unhandlich waren. Auch übertrug sich die Vibration viel zu sehr auf die Hand des Anwendenden und wirkte zu wenig auf den Patienten. Jetzt hat Verfasser einen Handapparat versucht (Macaura Pulsoconn),¹⁾ welcher diese Mängel vermeidet. Dieser Apparat hat nur eine Länge von etwa 39 cm und ein so geringes Gewicht, daß er vom Arzte leicht überall mitgeführt werden kann. Der Antrieb geschieht durch eine seitlich angebrachte Kurbel; die Zahnradübersetzung ist nicht sichtbar. Die Dosierung geschieht durch die Schnelligkeit der Kurbeldrehung und durch eine Gewichtsverstellung an einer Exzentrerscheibe. Der Ansatz wird in eine drehende, stoßende Bewegung versetzt und läßt sich für die verschiedenen Anwendungen auswechseln. Der Apparat wird sich als brauchbar in der Hand des Arztes erweisen und wird solchen Aerzten, welche sich keinen großen Apparat anschaffen, die Möglichkeit geben, sich einer nahezu perfekten Vibrationsmassage zu bedienen. In einigen Fällen kann solchen Patienten, welche nicht in die Sprechstunde kommen können, der Apparat übergeben werden, um sich desselben selbst zu bedienen, oder durch häusliche Hilfe nach ärztlicher Vorschrift ihn anwenden zu lassen. Wenn der Griff nicht glatt, sondern gerieft wäre, könnte der Apparat nur gewinnen, da sich der Griff dann besser festhalten läßt. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 38.)

Ueber Ureabromin. Von Dr. E. Jach (Landesheilanstalt Altscherbitz). Das Mittel wurde in der Anstalt besonders solchen Kranken verordnet, die beim Einnehmen der bisher verwendeten Bromsalze mancherlei Intoxikationserscheinungen zeigten. Eine Anzahl Kranker war nach längerem Gebrauch von Bromalkalien mürrisch, reizbar, verdrossen und gewalttätig geworden. Diese psychischen Reizerscheinungen schwanden bald nach der Anwendung von Ureabromin und traten auch nicht wieder auf, als die Kranken längere Zeit Ureabromin (4,0 bis 6,0 täglich) einnahmen. Bei anderen Kranken zeigte sich nach längerer Anwendung von Bromalkalien eine gewisse Benommenheit, Schläfrigkeit und erschwertes Denken; auch diese Kranken wurden geistig wesentlich frischer und regsamer, als sie statt Bromkalium oder Bromnatrium Ureabromin erhielten. Besonders auffallend war die außerordentlich geringe toxische Wirkung bei Kranken, die sehr leicht zu Bromakne und Ausschlägen neigen. Zwei Epileptiker empfanden diese Bromakne ungemein lästig und unangenehm. Als sie ein bis zwei Wochen Urea-

¹⁾ Zu beziehen von Macaura Pulsoconn, Berlin NW, Dorotheenstrasse 31.

bromin einnahmen, schwand diese Bromakne völlig, ohne daß die epileptischen Erscheinungen, besonders die Krampfanfälle häufiger wurden. Wahrscheinlich ist dieser günstige Einfluß des Ureabromins mit auf seine diuretische Wirksamkeit zurückzuführen. Nach alledem haben wir im Ureabromin ein Brompräparat, dem die unvermeidlichen toxischen Wirkungen nur in sehr geringem Grade anhaften und das daher besonders in der Privatpraxis den anderen Brommitteln vorzuziehen ist. (Therapie der Gegenwart, Oktober 1912.)

Bei Spermatorrhoe empfiehlt Dr. J. W. K o e h n (Chicago):

Rp. Styptol	2,0
Ergotin.	7,0
Extr. nuc. vom.	3,5
M. f. caps. Nr. 100.	

D. S. Eine Kapsel morgens und abends zu nehmen.

(The Medical Standard, August 1912.)

Bücherschau.

Band III der **Abhandlungen über Salvarsan**, herausgegeben von P. Ehrlich (J. F. Lehmann's Verlag, München. Preis M. 10) ist soeben erschienen und enthält wieder eine große Zahl von Aufsätzen über Technik, allgemeine Erfahrungen, Nebenwirkungen und Todesfälle, Reinfektion, Salvarsan bei nicht syphilitischen Krankheiten usw. Jedem Arzte, der mit Salvarsan arbeitet, müssen diese von Ehrlich gesammelten Abhandlungen unentbehrlich sein. E. Gr.

Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. Von Dr. M. Fuhrmann. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. Preis M. 6.75. Das Werkchen, das in 2. Auflage vorliegt, gehört zu den bekannten „Abel's Medizin. Lehrbüchern“, die rein praktische Ziele verfolgen. Alles Theoretische ist fortgelassen, nur was praktisch wichtig ist, wird kurz und klar mitgeteilt. Daß die Abfassung eines derartigen Kompendiums gerade für dies Gebiet nicht leicht ist, wird jeder einsehen. Der Autor hat diese Aufgabe aber in bester Weise gelöst und sich den Dank aller Praktiker erworben. Möge das Werkchen weite Verbreitung in den Kreisen finden, für die es bestimmt ist. E. Gr.

Das Wundermädchen von Berlin. Von H a n n s - H e i n z E w e r s. Im Verlage Georg Müller, München. Dieses Werk ist typisch für seinen Schöpfer, typisch für einen ungemein vielseitigen,

genial befähigten, doch zum künstlerischen Höhenwandel nicht berufenen Literaten, der mit bewundernswerter Kühnheit an alle Lebensprobleme, die tiefsten nicht ausgenommen, heraneilt, ihrer oft unzählige verquickt und in seiner blendenden Synthese nur eines, freilich gerade das eigentlich-Dichterische, mit bedauerlicher Regelmäßigkeit vergißt. Ein Künstlerlos, nicht ohne Tragik!

Hochbedeutsam ist dieses jüngste (dramatische) Werk dem Arzte und Psychologen; so bedeutsam, daß seine Lektüre nur dringend angeraten werden kann. Ein handfestes Theaterstück freilich und artistisch nichts weiter: ein sicher aufgebautes, effektvoll gesteigertes, durch ein hochinteressantes und sehr talentiert gesehenes wie gestaltetes Milieu (die Tage von 1848 in Berlin) ausgezeichnetes Drama mit zum Teil vorzüglichen Nebenfiguren und durchaus nicht mißlungenen Hauptgestalten. Dabei aber mit unerhörten Kunstfehlern, unter denen ich den der nicht gestaltenden Verwertung historischer Figuren nicht am schärfsten anrechne, einer zunehmenden Verflachung in der Charakteristik, einem seltenen Reichtum an unliebsamen Bühnencoups, an Ausflügen ins Kitschig-Sentimentale oder Brutale. Jedenfalls ein menschlich mindestens in gleichem Grade anregendes wie literarisch ärgernendes Werk.

Luise Braun, das Wundermädchen, ist nicht gemalt, nicht mit all ihren Tugenden und Lastern, die sich bei diesem überreifen Kinde seltsam einen, porträtiert, sondern lediglich skizziert, überall sind nur ihre Konturen angedeutet, ob sie als Heilerin, als Vermittlerin, als Dirne oder als Heuchlerin auftritt. Daß trotzdem eine Fülle psychologischer Anregungen aus dem Buche herauswächst, beweist, wie fruchtbar der Stoff in den Händen eines Dichters werden könnte, dem mit Kühnheit, Elastizität und Willen auch Kraft und Tiefe gegeben wären.

Fr. Gr.

Hinweis.

Die heutige Nummer unseres Blattes enthält eine Beilage, und zwar von der Firma
Goedecke & Co., Leipzig und Berlin Nr. 4 über PYRENOL,
 auf die wir besonders hinweisen.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
 Dr. San.-R. E. Graetzer, in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.—ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-R. Dr. Eugen Graetzer** in **Friedenau-Berlin.**

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 10.

Juli 1913

Originalarbeit.

Neuerungen auf dem Gebiete der Impotenz- Therapie.

Von Dr. Siegfried Spiegel, Kuschwarda (Böhmen),
Emerit. Sekundararzt des k. k. allgemeinen Krankenhauses Wien.

Ueberblickt man die im letzten Jahrzehnt als Aphrodisiaka empfohlenen Medikamente, so wird es wahrlich schwer, die Spreu vom Weizen zu sondern; denn kaum daß von einer Seite über Erfolge berichtet wird, erscheinen bereits Hiobsposten über schädigende Wirkungen von anderer Seite. Es ist daher dem praktischen Arzte, der nicht Zeit zu einem Spezialstudium der diesbezüglichen Literatur hat, nicht zu verübeln, daß er mißtrauisch allen Ankündigungen von Aphrodisiaka gegenübersteht. Und doch ist die Impotentia virilis, die in unserem nervösen Zeitalter immer mehr an Ausbreitung gewinnt, ein Gebiet, dem die Aerzte größere Aufmerksamkeit widmen sollten, um zu verhindern, daß die Patienten sich immer mehr den marktschreierischen Ankündigungen der Kurpfuscher anvertrauen. — Ein Patient hält sich dann für impotent, wenn er den Coitus nicht mehr in normaler, mit länger dauernder, kräftiger Erektion verbundener Weise ausführen kann; die Impotentia generandi führt ihn in den seltensten Fällen zum Arzt. Es ist daher hauptsächlich die Impotentia coeundi, für welche Hilfe gesucht wird. Vor allem werden wir zunächst die Ursache der Impotenz feststellen, ob eine nervöse, psychische, senile, mechanische oder paralytische Basis vorliegt, ob absolute oder teilweise Impotenz, ob eine Libido sexualis vorhanden ist, ob noch Ejakulationen vorkommen, und nicht an letzter Stelle, ob die Wiederherstellung der Potenz aus ehelichen Gründen angestrebt wird.

Ferner erkundigen wir uns, ob bereits Aphrodisiaka versucht wurden, was in den meisten Fällen bereits vor der ärztlichen Konsultation geschah. Besonders der Sexual-Neurastheniker wird hydriatische und sogar elektrische Kuren an sich selbst meist ohne Erfolg versucht haben und wird, falls wir ihm mit ähnlichen Ratschlägen kommen, wenig Hoffnung haben. Eher werden wir mit psychischer Beeinflussung und diätetischen Maßregeln die Therapie erfolgreich einleiten können.

Den sichersten und schönsten Erfolg aber, speziell bei nervöser, relativer und beginnender seniler Impotenz, erzielt ein Verfahren, das sich mir und den Kollegen, die es anwendeten, seit mehreren Jahren am besten bewährt hat. Von der Tatsache ausgehend, daß wir bei Schlottergelenken, Verkrümmungen und Paralysen der Extremitäten nie mit Medikamenten, sondern nur mit Stütz- und Versteifungsapparaten Besserung erzielen, konstruierte ich auch für den Penis einen Versteifungsapparat, welcher folgende Bedingungen zu erfüllen hat: 1. Den schlaffen Penis in die Erektionslänge zu bringen; 2. dem Penis den erforderlichen Widerstand zur Ueberwindung des Introitus vaginae zu verschaffen; 3. in querer Richtung der während der Friktionsbewegung auftretenden Schwellung der Corpora cavernosa nachzugeben; 4. weder dem Manne, noch dem weiblichen Partner fühlbar zu sein; 5. darf die Ejakulation nicht behindert sein und 6. muß ein derartiger Apparat die Oberfläche des ganzen Penis nahezu unbedeckt lassen, damit der Sexualgenuß beider Teile normal sei.

Im wesentlichen besteht die Vorrichtung aus einem Grundring mit zwei senkrecht dazu stehenden dünnen Spangen, welche zu beiden Seiten der Urethra sich in den Sulcus einlegen und in der Gegend des Frenulum praeputii mit einem um den Sulcus retroglandularis geschlossenen Gürtel verbunden sind. Dieser schmale Gürtel findet an der Corona glandis seinen Stützpunkt. Die Vorrichtung ist anatomisch vollständig der Konfiguration des Penis angepaßt und wird, da sie sich in die Rinnen und Furchen des Penis einlegt, vom Weibe beim Coitus nicht gefühlt. Der Apparat¹⁾ besteht aus Neusilber, ist mit fleischfarbigem Gummi überzogen, wird in zwei Sekunden angelegt und ist bequem in der Tasche zu tragen.

Ich verfüge bisher mit mehreren Kollegen zusammen über 52 Fälle diverser Impotenzformen, welche mit meinem Apparate, selbstverständlich unter Berücksichtigung der ätiologischen Verhältnisse, behandelt wurden, und kann nun leichter die Indikationsstellung

¹⁾ Der Apparat ist durch Patente geschützt und durch den Verfasser erhältlich.

präzisieren, bei welchen Impotenzformen Erfolge zu erwarten sind und welche Formen jeder Therapie Trotz bieten.

Die meiste Aussicht auf Heilung bieten die nervösen, psychischen und relativen Impotenzformen, ferner die beginnende senile Impotenz, gewisse Formen von mechanischer Impotenz (z. B. infolge Adipositas oder Hernien); indiziert ist ferner die Verwendung des Apparates, jedoch nur bezüglich der *Potentia immissionis penis et frictionis* von Erfolg begleitet, bei vielen Fällen absoluter seniler Impotenz aus ehelichen Gründen und bei paralytischer Impotenz *solatii causa*.

So berichtet, um nur einen Fall¹⁾ herauszugreifen, Primarius Dr. Lauschmann, Feldsberg, von einem Falle beginnender seniler Impotenz, bei welchem Aphrodisiaka nutzlos waren, während der Apparat es dem zum zweitenmal heiratenden Patienten nach eigener Aussage ermöglichte, „mit Begeisterung und mit stärkerem Bewußtsein in die Brautnacht zu steigen, als bei seiner ersten Hochzeit vor 21 Jahren“.

Selbstverständlich ist strengste Individualisierung bei allen Fällen erforderlich. Alle bekannten diätetischen Vorschriften, Berücksichtigung des Intellekts und Temperamentes des Patienten mit entsprechender psychischer Beeinflussung müssen die therapeutische Richtungslinie angeben. Aber keine als noch so ausgezeichnet ausgerufenen Aphrodisiaka werden in so kurzer Zeit gleich das erste Mal das Selbstvertrauen des Patienten heben, wieder sofort mit Hilfe des Apparates ausführbare Coitus.

Die Wirkung des Apparates ist folgendermaßen zu erklären:

1. Bei psychischer und relativer Impotenz wird der Patient, sobald der Penis künstlich versteift ist, von der bisherigen psychischen Hemmung — eine *Immissio penis* sei unmöglich — unbedingt sofort entlastet. Nun wirkt die Summierung der von der Glans penis und dem ganzen Penis infolge Berührung mit der Vulva und Vagina zum Erektionszentrum ziehenden Nervenreize, sowie des von der Hemmung befreiten zerebralen Impulses auf die Entstehung der Erektion im günstigen Sinne. Es wird daher vor allem der Wegfall der bisher immer hindernden Hemmung Ursache, daß alle weiteren Vorgänge in dem sonst normalen Erektions- und Ejakulationszentrum wieder normal ablaufen. Ist nun einmal der Coitus auf diese Weise gelungen, so lernt der Patient die psychische Hemmung zu überwinden und bringt später den Coitus auch ohne Apparat zustande.

¹⁾ Eine ausführlichere Beschreibung der Fälle vide in meiner Arbeit: „Mechanische Therapie der Impotenz“ in Nr. 21 und 22 der Oesterr. Aerztezeitung 1912.

2. Aehnlich wirkt der Apparat auch bei neurasthenischer Impotenz, nur muß dabei auch auf Diät, psychische und körperliche Schonung Wert gelegt werden.

3. Bei beginnender seniler Impotenz läßt sich, obgleich die Sexualorgane und deren Nervenversorgung physiologisch der Atrophie entgegengehen, durch Verwendung des Apparates eine Verlangsamung dieses an und für sich normalen Prozesses herbeiführen, da auch hier ein gewisses individualisierendes Training die Leitungsbahnen länger wegsam erhält.

4. Bei absoluter seniler oder paralytischer Impotenz empfehle ich den Apparat nur dann, wenn entweder solatii causa auf die Psyche des Patienten oder auf die ehelichen Verhältnisse Rücksicht genommen werden soll.

Indem ich den Kollegen Versuche mit dieser Impotenztherapie angelegentlichst empfehle, bin ich durch meine sowie anderer Kollegen Erfahrungen überzeugt, daß wir nicht mehr machtlos diesem heute so stark verbreiteten Uebel gegenüberstehen; im Gegenteil haben wir dadurch Gelegenheit, den Impotenten, die bisher meist im Lager der Kurpfuscher vergebens Hilfe suchten, mit Zuversicht Heilung oder zumindest Besserung zu verbürgen.

Journal-Auszüge.

Anämien.

„Brennen auf der Zunge“ als Frühsymptom perniziöser Anämie fand Dr. Erich Zabel in Rostock in einer Reihe von Fällen. Es resultiert daraus die Folgerung, alle Klagen über Sensationen der Zunge stets ernst zu nehmen. Machen sich die Beschwerden in der Störung der Nahrungsaufnahme, anämischem Aussehen und Abmagerung in höherem Grade bemerkbar, so wird man dadurch ja ohne weiteres zur Untersuchung des Blutbildes gedrängt. Aber gerade im Beginn derartiger Angaben über die Zunge sollte man, auf die Entwicklung der Perniziosa fahndend, das Blut genau untersuchen und fortlaufend kontrollieren. Das Symptom ist, wenigstens nach Verfassers sich über eine ganze Beobachtungsreihe erstreckenden Erfahrungen ein, fast möchte er sagen, Kardinalsymptom der Perniziosa, das er in seinen Fällen nie vermißt hat. Allerdings ist er der Klage auch bei „einfachen“, schweren und tödlichen Anämien begegnet und hat auch hier beobachten können, wie manchmal mit der Besserung des Allgemeinbefindens und des Blutbildes die Zungenbeschwerden zurückgingen, während ihr Wiederauftreten gelegentlich

schon vor objektiver Erkennung der klinischen Verschlimmerung diese warnend ankündigten. Dagegen erinnert er sich nicht, die Klage je bei Leukämie angetroffen zu haben. Zum Schlusse möchte Verfasser noch anführen, daß er ein anatomisches Substrat der Beschwerden außer einer manchmal entzündlichen Rötung und Reizung der glatten Zungenspitze und der vorderen Zungenränder nicht hat nachweisen können. In diesen Fällen wurde bei bestehender Achylie verordnete Salzsäurelösung als ganz besonders schmerzhaft meist direkt verweigert. Ueber die Bedeutung des Phänomens enthält Verfasser sich mangels irgend einer positiven Unterlage jedes Erklärungsversuchs.
(Klin. therap. Wochenschrift 1913 Nr. 1.)

Perniziöse Anämie nicht Unfallfolge. Von Dr. Hermann Engel, Gerichtsarzt des Kgl. Oberversicherungsamts Groß-Berlin: „Vorgeschichte: Der damals 55jährige Gartenarbeiter K. S. zu P. erlitt am 11. Mai 1909 durch Betriebsunfall (Stoß gegen eine Einfriedung) einige Wunden am linken Schienbein. Seine Frau verband die Wunden. Am nächsten Tage ging S. wieder zur Arbeit. Zwei Tage später mußte er den Kassenarzt aufsuchen, der ihn am 27. Juli 1909 dem Krankenhaus überwies. Hier verstarb S. am 2. August 1909. Dr. M., Assistenzarzt des Krankenhauses, teilt mit, daß S. an perniziöser Anämie gelitten habe. Er lehnt den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Unfall ab. Dr. N., der den Kranken nach seiner Verletzung wiederholt gesehen hat, erklärt — ohne Kenntnis der klinischen mikroskopischen Untersuchungsergebnisse —, für ihn sei es feststehend, daß S. an einer von den Wunden ausgegangenen Blutvergiftung (Sepsis) gestorben sei. Die Berufsgenossenschaft lehnt die Hinterbliebenenrentenansprüche auf Grund des Dr. M.'schen Gutachtens ab. Begutachtung: Dr. M. begründet seine Diagnose: „perniziöse Anämie“ mit den kennzeichnenden Symptomen, sehr bedeutende Verminderung des Blutfarbstoffs, ebenso beträchtliche Verminderung der roten Blutkörperchen, deren Gestalt auch krankhaft verändert war. Damit und aus dem klinischen Befund ist — zumal sich bei der Sektion nichts Besonderes fand — die Diagnose „perniziöse Anämie“ sichergestellt. Die Annahme einer Sepsis (Blutvergiftung) muß damit fallengelassen werden. Diese Erkrankung ist eine ohne nachweisbare Ursache sich entwickelnde, meist tödlich verlaufende, seltene, selbständige Krankheitsform, bei der die roten Blutkörperchen zugrunde gehen. Daß eine Verletzung imstande sei, die Erkrankung hervorzurufen, ist noch von keiner Seite behauptet worden. Sehr häufig entwickelt sich die Krankheit gerade bei Leuten, die in günstigen äußeren Verhältnissen leben, also Betriebsunfällen im allgemeinen nicht ausgesetzt sind. Demnach ist der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Unfälle des S. und seiner Erkrankung

an perniziöser Anämie ein rein zufälliger. Ich gelange daher zu dem Schluß: Es ist nicht mit Sicherheit, aber auch noch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß der Tod des S. in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfalle vom 11. Mai 1909 steht. Hierauf lehnte das Schiedsgericht den Anspruch der Witwe ab. Derselben gelang es aber, sich ein den Zusammenhang anerkennendes Gutachten des Prof. M. in Berlin zu verschaffen, auf Grund dessen sie Rekurs beim Reichsversicherungsamt einlegte. In diesem Verfahren wurde noch ein mir im wesentlichen beistimmendes Obergutachten des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. eingeholt, welches unter anderem noch folgendes ausführt: „Ich habe bereits in früheren Gutachten die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Unfallverletzung und bösartiger Blutarmut nicht völlig zurückgewiesen, sondern im Gegenteil geschrieben, daß auch Verletzungen unter den Ursachen der bösartigen Blutarmut eine Rolle spielen, wenn sie mit größeren Blutungen verbunden waren. Diese Vorbedingung ist aber hier durchaus nicht erfüllt, denn eine nennenswerte Blutung hat bei S. überhaupt nicht stattgefunden. Nun könnte man sagen, wenn auch bisher eine Verletzung ohne Blutung nicht in ursächliche Beziehung zu einer bösartigen Blutarmut gebracht worden ist, so liegt hier der erste Fall einer solchen Beziehung vor, es muß ja doch schließlich immer ein Fall der erste gewesen sein, bei dem gewisse ursächliche Beziehungen beobachtet wurden. Ich weise deshalb auf die Angabe des zuerst behandelnden Arztes, Dr. K., hin, daß ihm schon in der ersten Zeit der Behandlung die blaßgraue Gesichtsfarbe des Patienten aufgefallen sei. Wäre die angebliche Angabe der Ehefrau, ihr Mann habe schon im Februar 1909 grau im Gesicht aus gesehen, zu Recht bestehen geblieben, so wäre wohl mit Sicherheit anzunehmen gewesen, daß die Blutarmut schon lange vor dem Unfalle bestand, aber auch so muß aus der Bekundung des Arztes mit großer Wahrscheinlichkeit der Schluß gezogen werden, daß die zum Tode führende Krankheit schon vor dem Unfalle bestand, und es liegt gewiß der Gedanke nicht allzu fern, daß vielleicht ein schon vorhandener Kräfteverfall bei der Entstehung des Unfalles mitgewirkt hat. Auf jeden Fall kann mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit abgelehnt werden, daß der Unfall die Todeskrankheit bewirkt habe. Nun bleibt aber immer noch die Möglichkeit, daß der Unfall etwa den Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflußt hat. Der Unfall an sich war ein unbedeutender. Verletzungen über dem Schienbein sind bekanntlich immer sehr schmerzhaft, aber daß hier eine größere Gewebschädigung nicht vorlag, dafür spricht, daß im Krankenhaus eine bewegliche Narbe und ein glattes Schienbein festgestellt wurde. Freilich ist eine zeitliche Beziehung zwischen deutlich zutage tretenden Erscheinungen der Blutarmut und dem Unfalle nicht zu ver-

kennen; aber daraus allein kann man noch nicht eine ursächliche Beziehung ableiten, um so weniger, wenn man die sicherlich zulässige Annahme macht, daß S. beim Ueberschreiten der Raseneinfriedigung mit dem Stiefelabsatze hängen geblieben ist, weil er durch eine schon bestehende Blutarmut bereits einen Kräfteverlust erfahren hatte. Aber selbst, wenn man von der letzten Möglichkeit ganz absieht, so ist es so bekannt, daß ein Teil der Fälle von bösartiger Blutarmut an und für sich so schnell verläuft, daß man nicht nötig hat, auf den an sich wenig bedeutenden Unfall zurückzugreifen, um den Verlauf der Krankheit bei S. zu erklären. Auf keinen Fall kann von einer irgendwie höheren Wahrscheinlichkeit einer solchen Bedeutung des Unfalles die Rede sein.“ — Das Reichsversicherungsamt wies hierauf den Rekurs zurück. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 46.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion.

Noviform in der Gynäkologie. Von Dr. A. I. M. L a m e r s (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Halle a. S.). Verfasser hat das von der Firma v o n H e y d e n , Radebeul, zu Versuchen zugeschickte Noviform, das ein äußerst feines, hellgelbes, geruchloses Pulver ist, seit fast sechs Monaten auf der gynäkologischen Station im Gebrauch. Beim Verbandwechsel nach Laparotomien (Verfasser gebraucht nur einen leichten Verband aus steriler Gaze, seitlich mit Collodium angeklebt) und nach Entfernung der Fäden werden die Wunden mit Noviform bestreut. Sie bleiben trocken und reaktionslos, das Noviform bleibt pulverisiert und bildet keinen Schorf, der eventuell Sekretion aus einem Stichkanale verhindern würde. Im Gegenteil; Wundsekret wird sofort resorbiert. Die Verbände kleben nicht fest, wodurch den Patienten bei der Entfernung derselben unnötiger Schmerz erspart wird. Bei einzelnen, schwer aseptisch zu haltenden primären Wunden, wie z. B. bei einer Exstirpation eines Vulvakarzinoms mit Ausräumung der Leistendrüsen, hat Verfasser das Noviform ebenfalls verwendet und war recht zufrieden. Die Wunden heilten bis auf die Stellen, an denen die Drains gelegen hatten, primär, sezernierten gar nicht, der größte Teil der Fäden konnte am zehnten Tag entfernt werden, und es haben sich glatte, lineäre Narben gebildet. Der Erfolg war bedeutend besser wie bisher mit 50%igen Alkoholverbänden. Gerade in ähnlichen Fällen scheint das Noviform besser anwendbar zu sein, wie z. B. das Dermatol. Man kann an den der Infektion so leicht zugänglichen Stellen unter Umständen unter dem Noviform die Fäden länger liegen lassen, ohne die Gefahr einer Infektion der Stichkanäle so sehr befürchten zu müssen. Nach Dammplastiken in der Geburtshilfe und Gynäkologie scheint der Versuch der Noviformbehandlung empfehlenswert. Auch bei Intertrigo leistete das Noviform gute Dienste. Durch die austrock-

nende und desinfizierende Wirkung sah Verfasser ihn oft auffallend rasch verschwinden. Sowohl bei großer Fettleibigkeit, starkem Ausfluß, Prolaps usw. wie bei Blasenscheidenfisteln und dergleichen wurde die bald einsetzende Linderung der subjektiven Beschwerden von den Patienten dankbar empfunden. Das Noviform kann wegen seiner besonderen Vorzüge, namentlich der austrocknenden Wirkung, Geruch- und Reizlosigkeit, ein das Jodoform überragendes Mittel genannt werden, ohne dessen Nachteile zu besitzen.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 45.)

Wanddesinfektion durch Besprengen mit Formalinlösung.

Von Dr. Kallert in Neustadt. Eine brauchbare Methode der Wanddesinfektion soll folgende Forderungen erfüllen: 1. Erhaltung der Integrität der Wand; 2. Unschädlichkeit für den, der die Desinfektion ausführt, sowie für die Bewohner des betreffenden Raumes; 3. leichte Handhabung und 4. Billigkeit des Verfahrens; als fünfte, eigentlich selbstverständliche Forderung Sicherheit der Wirkung. Hier kommt eine 3%ige Formalinlösung in Betracht. Man muß sich vor Augen halten, daß die Benutzung in der schonendsten Weise, in Form eines ganz feinen Sprühregens geschieht, der keinerlei mechanische Schädigung ausüben kann. Eine zu starke Durchnässung dürfte ausgeschlossen sein, selbst wenn man zweimal besprays, denn es handelt sich um eine kurze Befeuchtung, die selbst bei porösen Wänden nur wenig über die Oberfläche hinaus in die Tiefe dringen dürfte. Ganz ohne Nachteil werden natürlich Flächen, die einen Ueberzug von Oel-, Lack- oder Emailfarben besitzen, die Besprayung vertragen, desgleichen Tapeten. Bei Holz- oder Glasflächen kann wohl kaum eine Beschädigung durch das Besprayen eintreten. Im allgemeinen wird man, um eine für die praktischen Bedürfnisse ausreichende Desinfektion zu erzielen, mit einer 3%igen Lösung auskommen. Diese Verdünnung ist so hochgradig, daß man schon sehr bedeutende Flächen absprays kann, ohne eine nennenswerte Belästigung durch Verdunsten des Formalins zu erfahren. Wenn es sich darum handelt, große Wandflächen zu desinfizieren, oder wenn stärkere Konzentrationen verwendet werden sollen, ist es nötig, Augen und Luftwege durch eine vollständige Gesichtsmaske oder durch Nasenschwamm und Brille, wie sie von Desinfektoren benutzt werden, zu schützen. Die Größe der bespraysen Fläche und die davon abhängende Menge des verbrauchten Formalins wird auch von Fall zu Fall darüber entscheiden, ob eine Nachbehandlung des betreffenden Raumes mit Ammoniakgas notwendig wird. Bei sehr guter Lüftungsmöglichkeit und bei der Verwendung 3%iger Lösung dürfte eine ausgiebige Lüftung genügen, um alle Formalinspuren zu beseitigen, in allen übrigen Fällen muß man zur Entwicklung von Ammoniakgas

greifen; jedenfalls wäre auch das nachherige Abspraysen mit verdünnter Ammoniaklösung von guter Wirkung. Der Sprayapparat ist denkbar einfach und zweckmäßig eingerichtet und verdankt sicher nicht zum mindesten seiner Handlichkeit die ausgedehnte Verbreitung, die er in der modernen Landwirtschaft gefunden hat; seine Benutzung erfordert so gut wie keine Vorkenntnisse, auch ist er leicht im Stande zu halten. Für die Kostenberechnung des Verfahrens sind ausschlaggebend einmal der Anschaffungspreis für den Apparat, der eine größere einmalige Ausgabe bedeutet, und die Kosten des Formalins, die sich nach der notwendigen Konzentration und der Größe der zu desinfizierenden Fläche richten werden. Die Holder-spritze z. B. kostet je nach der Länge des Rohres 50 bis 60 Mk., eine Summe, die wie andere Ausgaben für gemeinnützige Zwecke von größeren Körperschaften, so von den einzelnen Gemeinden, öffentlichen Anstalten usw., bestritten werden könnte. Die zur vollständigen Befeuchtung von 1 qm Wandfläche nötige Menge Formalinlösung ist nach den Versuchen im einzelnen Falle je nach der Aufsaugfähigkeit der betreffenden Fläche etwas verschieden, sie beträgt im Maximum 200 ccm, in den meisten Fällen wird man aber mit 170 bis 180 ccm auskommen können; mehr als höchstens 200 ccm zu nehmen, hat keinen Wert, denn wenn die Fläche einmal gleichmäßig benetzt ist, läuft jede weiterhin verspraysete Flüssigkeit ohne weiteres ab. Nach dem deutschen Arzneibuch kosten 100 ccm Formalin 0,35 Mk. Ein Liter der 3%igen Lösung, zu dem also 30 ccm Formalin nötig sind, würde sich somit auf rund 10 Pfg. stellen und zur Besprayung von 5 qm genügen.

(Desinfektor 1912 Nr. 10. —

Deutsche Med.-Zeitung 1913 Nr. 3.)

Balanitis.

Notiz über einen Fall von Balanitis gangraenosa. Von Dr. Tièche in Zürich. Der Beginn des Leidens charakterisiert sich durch das Auftreten zahlreicher follikulärer Knötchen auf der Glans und dem Innenblatt der Vorhaut, die meist einen weißlichen Belag aufweisen, peripher weiter wachsen und sich nach Abstoßung desselben als landkartenförmige Figuren von roten Erosionen präsentieren. Am Rande bleibt meist noch der weißliche Belag (abgestorbene Epithelien) sichtbar. Das Praeputium ist in leichteren Fällen noch teilweise retrahierbar, die Sekretion keine geringe, von üblem Geruch, die Schmerzhaftigkeit eine mäßige. Dieses Bild ist so charakteristisch, daß es wohl kaum jemals zu diagnostischen Zweifeln Veranlassung geben kann. Wenn aber die entzündlichen Erscheinungen sich steigern, d. h. der Prozeß in die Tiefe dringt, so entsteht ein derbes Oedem der Vorhaut, das zur entzündlichen Phimose führt. Im Zentrum der Erosionen entstehen dann weißliche Beläge. Es kommt zur

Ausbildung ovaler Geschwüre. Der dorsale Lymphstrang schwillt an, es treten regionäre Lymphdrüenschwellungen auf, und in diesem Zustande erinnert der Prozeß ganz an eine luetische Infektion, die durch irgend einen banalen Eitererreger weiter kompliziert wurde. In seltenen Fällen verläuft der Prozeß noch bedeutend schwerer, es kommt zu weitgehenden nekrotischen Prozessen an der Glans, dieselbe kann fast vollständig zerstört werden. Das Praeputium wird perforiert; durch Uebergreifen auf die Corpora cavernosa und Nekrotischwerden der Penishaut kann es zu Blutungen kommen. Schließlich aber tritt wohl meist Stillstand ein, und unter scharfer Abgrenzung der Krankheitsherde stößt sich das nekrotische Gewebe ab und das Endresultat ist oft ein stark verkrüppeltes Glied. Die Krankheit ist in ihrer leichten Form (Balanitis erosiva) in Zürich zweifellos nicht selten. Verfasser verfügt bereits über sechs Beobachtungen, wo bei typischem klinischen Aussehen der bakteriologische Befund (fusiforme Bazillen und reichlich Spirillen) die klinische Diagnose bestätigte. Fälle schwerster Natur aber, wie oben erwähnt, hat Verfasser nie beobachtet. Alles, was er an teilweiser Nekrose des Penis und Skrotalhaut sah, war jedenfalls durch Streptokokken verursacht und gehörte zum Krankheitsbilde des Erysipelas gangraenosum. Da die Krankheit in ihrer rein syphiloiden Form selten zur Beobachtung kommt, hingegen entzündliche Phimosenbildung und Glockenschwengelform des Gliedes auch bei primärer Lues, entweder durch Mischinfektionen aller Art oder Doppelinfektion im Sinne dieses Krankheitsbildes, nicht selten beobachtet werden und gerade in solchen Fällen die entzündlichen Erscheinungen das Aufsuchen von Syphiliserregern bedeutend erschweren, der negative Untersuchungsbefund also nur mit Vorsicht verwertet werden kann, so haben solche Fälle für den Praktiker, der sich auch mit Venerologie befaßt, großes Interesse, und die Publikation einer genau beobachteten Krankengeschichte ist von Nutzen. — Der 38jährige Patient hat am 18. Dezember den letzten Geschlechtsverkehr mit einer ihm bekannten Frau gehabt, am 25. bemerkte er eine Schwellung und Rötung der Vorhaut, und da diese Schwellung noch weiter zunahm, konsultierte er einen Arzt, der eigenartige Ulzerationen an der Glans konstatierte und dem Patienten spezialärztliche Behandlung anriet. Am 1. Januar trat Patient in Verfassers Behandlung und zeigte Status wie folgt: Praeputium geschwollen, derb anzufühlen, bläulich verfärbt, reichliche Sekretion eines stinkenden Eiters. Semiphimose entzündlicher Natur. Auf der Glans sind eigenartige oberflächliche Geschwüre zu konstatieren, deren Grund schmierig belegt ist. Ein kleines, zirka 1 cm langes, dreieckiges in der Nähe des Orificiums, ein größeres, gut 2½ cm langes, 1½ cm breites, von landkartenartigem Aussehen in den mittleren Partien der Glans, beide aber sehr oberflächlicher Natur und nicht unterminiert.

Gegen den Sulcus zu ist bei forcierter Retraktion ein weiteres, viel tieferes Geschwür von mehr rundlich ovalem Charakter teilweise noch sichtbar, dessen Rand stark gerötet und leicht erhaben ist. Der Grund desselben, wie auch der beiden anderen ist schmierig grünlich belegt. Neben diesem Befunde weisen einzelne Stellen der Glans alle Symptome des erosiven Stadiums auf, andere wieder sind tiefer infiltriert. Ein Lymphstrang von mäßiger Schwellung ist bis zur Peniswurzel zu verfolgen. Rechts deutliche indolente Drüsenschwellungen. Bakteriologischer Befund: Reichlich fusiforme Bazillen, einzelne grobwellige Spirochäten, keine Pallidae, keine Ducreybazillen. Blutentnahme: Negativer Wassermann (Hygiene - Institut, Zürich). Da Zirkumszision und Dorsalinzision verweigert werden, Spülungen mit Syrgollösung 1:1000 und Dauerbäder in heißem Borwasser. 3. Januar: Stat. id. Das oberste Geschwür hat sich gereinigt, entzündliche Reaktion etwas geringer, bakteriologischer Befund id. Mit dem scharfen Löffel entfernte Partikel enthalten eine Menge fusiformer Bazillen. 11. Januar. Bedeutend gebessert. Es gelingt unter großer Mühe die Freilegung der Glans, und da zeigt sich an Stelle des früheren ovalen Geschwüres ein tiefer, granulierender Defekt. Auch die oberflächlichen Geschwüre an der Glans haben sich gereinigt. Am Sulcus auf das Innenblatt übergreifend, noch immer tiefe und derbe Infiltrationen. Bakteriologischer Befund wie bisher. 15. Januar. Status id. Die Infiltrationen noch immer vorhanden, eher ausgedehnter als früher, von syphiloideem Charakter. Bakteriologischer Befund wie früher. (Kultur: Dr. von Gonzenbach, Hygiene-Institut.) Sarcine und Staphylokokken. Keine Diphtheriebazillen. 23. Januar. Infiltration eher stärker, übelriechende Sekretion. Beiderseitige regionäre Lymphdrüsenschwellung. Bakteriologischer Befund wie früher. Diagnose nach wie vor unklar. Blutentnahme: Negativer Wassermann. 30. Januar. Teilweise Abheilung des Prozesses, immer noch auf Sulcus und Innenblatt des Praeputiums derbes Infiltrat. Bakteriologischer Befund: Massenhaft Spirochäten, ganze Knäuel, fusiforme Bazillen auch reichlich. Therapie: Neben bisheriger Behandlung (die in Spülungen mit Syrgol 1:1000, heißen Bädern und Einträufeln von Ichthyolglyzerinlösung bestand), Einblasen von Streupulver (Xeroform 2,0, Bolus alba 8,0, Zinkoxyd 15,0). Unter dieser Behandlung trat etwa gegen 10. Februar vollständige Heilung des Prozesses ein. 28. Februar. Genaue klinische Untersuchung. Blutentnahme: Negativer Wassermann. Der Genitalstatus ist folgender: Auf Glans noch feine, oberflächliche Narben sichtbar. Am Rande der Glans zwei deutliche Defekte. Regionäre Lymphdrüsen noch etwas vergrößert. Allgemeinbefinden dauernd vorzüglich. Keine Anhaltspunkte für Lues. Seither nie Symptome. 29. Oktober. Blutentnahme: Negativer Wassermann. — Aus dieser

Krankengeschichte geht mit aller Deutlichkeit hervor, daß die Differentialdiagnose zwischen Balanitis gangraenosa und Lues gelegentlich einmal bedeutende Schwierigkeiten verursachen kann. Nur nach wochenlanger Beobachtung, bei systematischer Untersuchung gelang es Verfasser, den Fall abzuklären und Lues mit Sicherheit auszuschließen. Die Weigerung des Patienten, sich einer Dorsalinzision zu unterziehen, war zweifellos mit Schuld an diesem abnormen Verlaufe. Die Schwellung des dorsalen Lymphstranges, der regionären Lymphdrüsen, die Derbheit des Infiltrates und der Beginn des Leidens nach etwa achttägiger Inkubationszeit machten die Diagnose Lues recht wahrscheinlich. Da ja bei starker Leukozytose die *Sp. pallidae* rasch zugrunde gehen, so ist bei Mischinfektionen mit dem negativen Spirochätenbefunde leider auch nicht viel anzufangen. Ein negativer Ausfall der histologischen Untersuchung eines kleinen exzidierten Stückes beweist wieder gar nichts, da dadurch das Vorhandensein von *Pallidae* im übrigen Praeputium natürlich nicht ausgeschlossen ist. Sehr großen Nutzen leistete aber der dreimalige negative Ausfall der Wassermann'schen Reaktion, der Verfasser veranlaßte, zuzuwarten und nichts zu überstürzen, damit aber gelangte der Fall zur Abklärung. Auf die früher wiederholt aufgetauchte Behauptung, daß die Wassermann'sche Reaktion in Fällen, wo eine Erkrankung durch fusiforme Bazillen und oben erwähnte Spirochäten vorliegt, vorübergehend positiv werden könne, braucht man nicht näher einzutreten, da die neuere Literatur für diese Beobachtung kein Material geliefert hat. Es wäre ja von vornherein nicht unwahrscheinlich, daß, wie bei Typhus recurrens, Framboesie etc. eine teilweise oder auch vorübergehende Ablenkung eintreten könnte, besonders da die Spirillen und fusiformen Bazillen in Blutgefäßen und Inguinaldrüsen nachgewiesen worden sind. Der Fall ist also auch in dieser Richtung nicht uninteressant, da bei demselben weder im Beginn, noch nach fünf Wochen, noch nach Abheilung der Erkrankung eine verdächtige Serumreaktion nachgewiesen werden konnte. Da Verfasser in letzter Zeit zwei Fälle mit eigenartigen oberflächlichen Narben und geringen Defekten an der Glans zur Beobachtung bekam, welche nach ganz geringer Quecksilbertherapie dauernd negativen Wassermann aufwiesen und auch sonst in ihren anamnestischen Angaben vieles mit einer luetischen Infektion nicht in Uebereinstimmung zu bringen war, so glaubt er nicht zu irren, wenn er annimmt, daß eine Verwechslung mit einer Balanitis gangraenosa vorlag, die ähnlich verlief wie obiger Fall. Wenn wir aber mit Sicherheit dem Patienten ein schweres psychisches Trauma ersparen wollen, so ist es Pflicht in solchen Fällen, entweder das Vorhandensein von *Spirochaetae pallidae* nachzuweisen, oder dann zuzuwarten und durch wiederholte Prüfung der Wassermann'schen Reaktion sich von

dem Vorhandensein einer luetischen Infektion zu überzeugen, trotz der etwas heiklen Situation, in welche der Arzt gerät, wenn er wochenlang keine sichere Diagnose stellen kann. — Eine sofortige abortive Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber in zweifelhaften Fällen hält Verfasser für unwissenschaftlich, da sie zu einer Ueberschätzung unserer therapeutischen Eingriffe führt und auch sonst große Verwirrung stiften kann.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1912 Nr. 36.)

Blutungen.

Hydrastis und synthetisches Hydrastinin. Von Privatdozent Dr. R. Ziegenspeck (München). Bei der übergroßen Mehrzahl der über 50 zählenden Patientinnen aus öffentlicher Klientel des gynäkologischen Ambulatoriums sowie aus der Privatpraxis, welche die Hydrastinintabletten erhielten, war die Wirkung intensiver, sicherer und gleichmäßiger, als beim Hydrastisextrakt. Das haben alle Patientinnen übereinstimmend angegeben, welche beide Präparate genommen hatten. Es war ein solch günstiges Resultat auch von vornherein zu erwarten, ausgehend von der Ueberlegung, daß man es beim synthetischen Hydrastinin eben mit einem chemisch absolut reinen und konstanten Präparat zu tun hat, während das Fluidextrakt meist wechselnden Alkaloidgehalt aufweist. Für das officinelle Extr. hydr. canad. fluid. schreibt das deutsche Arzneibuch zwar einen Hydrastingehalt von 2,2% vor. Nun ist es aber klar, daß dieser Gehalt nicht immer genau stimmt, da ja alle Drogen mehr oder weniger nach dem Standorte, nach der Zeit, zu der sie gesammelt wurden usw., variierenden Gehalt an wirksamer Substanz aufweisen. Jedenfalls spricht die von Verfasser beobachtete schwankende Wirkung beim Fluidextrakt dafür, daß nicht ein Handelspräparat dem anderen gleich ist, daß vollwertige und zu dünnflüssige Fluidextrakte existieren. Ist man schon bei klinischer Beobachtung derartiger Versuche mit blutstillenden Mitteln auf das Urteil und den Eindruck angewiesen, den die Patientin von der Wirkung des genommenen Mittels selbst gewonnen hat — die Zahl der blutigen Unterlagen ist nur ein durch den individuellen Reinlichkeitssinn beeinflusster Maßstab —, so ist es für den Arzt noch schwieriger, ein objektives Urteil zu gewinnen bei ambulanten Kranken. Immerhin waren die Erfolge der Prüfung derart gute und gleichmäßige, daß Verfasser nicht ansteht, das synthetisch hergestellte Hydrastinin. mur. Bayer als promptes und sicheres Hämostaticum zu empfehlen. — Bei der zurzeit enorm hohen Preise des Extr. fl. hydr. canad. (25 g davon kosten 4,55 M.) bieten die Spezialitäten aus Hydrastinin für den Patienten auch noch Vorteile in pekuniärer Hinsicht. Für Kassenpraxis existiert von dem Liquor Hydrastinini Bayer eine 10 g-Packung, die nur 1,25 M. kostet,

während die gleiche Menge Extr. fl. hydr. auf 1,90 M. zu stehen kommt; also ein ganz wesentlicher Preisunterschied.

Die Verordnungsformel lautet:

1. Rp. Tabul. Hydrastinini hydrochl. „Bayer“ à 0,025 No. XV
Originalpackung
D. S. 3 × tgl. 1—2 St.
2. Liquor Hydrastinini „Bayer“ 10,0 resp. 25,0
Originalpackung
3—4 × tgl. 20—30 gtts. in Zuckerwasser
(Medizin. Klinik 1912 Nr. 43.)

Pantopon bei Lungenbluten. Von Dr. Ernst Pasch, Spezialarzt für Atmungsorgane in Breslau. Diplomingenieur E. K., 31 Jahre alt, Mutter gestorben an Tuberkulose, vor zwei Jahren Bronchialkatarrh festgestellt, Januar bis Mai 1910 in Davos, im Mai in Badenweiler, jetzt Husten mit Auswurf, selten Temperatur bis 38°, Gewicht ziemlich konstant. Status am 10. Oktober 1910: ziemlich kräftig gebauter Mann, war Fußartillerist, 88,3 kg brutto, 179 cm lang. Atmung 94:102. Chronischer Rachenkatarrh und chronischer nicht spezifischer Kehlkopfkatarrh. Im Sputum mäßig viele Tuberkelbazillen. Lunge: Tuberkulose des rechten Ober- und Mittellappens (Kaverne) vermischt mit bronchitischen Geräuschen; leichter Katarrh der linken Spitze ohne Geräusche, Röntgenkontrolle ergibt außerdem kleine Drüsen am Hilus, besonders rechts — freie Beweglichkeit des Zwerchfells. Verlauf: Fortsetzung der in Davos begonnenen Kur mit Beraneck'schem Tuberkulin. Rasselgeräusche nehmen wesentlich ab, bei wiederholter Untersuchung des Sputums geringerer Befund an Tuberkelbazillen. Zeitweise Sputum mit Blutspuren vermischt. Anfang November 1911 auf einer Inspektionsreise stärkere Blutung, die mit Bettruhe und innerlichen Narkoticis bekämpft wird. 2. Dezember 1911 starke Hämoptoe, Injektion von zweimal 0,02 Pantopon „Roche“: nach geringem Schweißausbruch sofortiges Aufhören der Blutung und Verringerung der starken Pulsfrequenz. Am 5. Dezember wieder starke Blutung, Anwendung verschiedener Hämostyptica, sowie Injektion von zweimal 0,02 Morph. mur. ohne Erfolg. Nach mehrstündiger anhaltender Blutung Ueberführung in ein Krankenhaus, wo der Patient wieder mit gutem Erfolg Pantopon bekam.

(Allgem. med. Zentralzeitung 1912 Nr. 47.)

Blutungen bei der Parazentese des Trommelfelles. Von Dr. Carl Lüders in Wiesbaden. Konstitutions- und Infektionskrankheiten können stärkere Blutungen bei der Trommelfellparazentese verursachen, als man unter gewöhnlichen Umständen sieht. Sehr

starke und langwierig scheinende Blutungen gehören zu den größten Seltenheiten. Von vielen Tausenden gemachter Parazenthesen sind, ohne zwölf der Mitteilung des Verfassers, bisher sechs solcher Blutungen bekannt. Alle nach der Parazentese bekannt gewordenen starken Gefäßblutungen entstammen dem in die Paukenhöhle hinein verlagerten Bulbus der V. jugularis, keine der Carotis interna. Eine Aenderung für die Indikation der Parazentese und eine Aenderung in der Ausführung der Anlage derselben ist wegen der geringen Gefahr einer möglicherweise eintretenden Blutung nicht nötig. Eine starke Gefäßblutung bei der Parazentese ist weniger wegen der Blutung an sich als wegen der Eröffnung eines großen Gefäßes in einer eitrig erkrankten Höhle lebensgefährlich. Es kommt verhältnismäßig leicht zu Pyämie. Der eine der in Verfassers Arbeit beschriebenen Fälle von starker Blutung nach der Parazentese ist der einzige bisher bekannt gewordene Fall von häufig wiederkehrenden Ohrblutungen, die schließlich eine Operation nötig machten. Die Erfahrung bei diesem Falle hat gelehrt, daß man nicht nur bei Thrombose des Bulbus Venae jugularis, sondern auch bei seiner Verletzung durch die Parazentese die Unterbindung der Drosselvene vornehmen soll, wenn eine Operation wegen häufiger Blutung nötig wird.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. 66, Heft 1/2.

Deutsche mediz.-Zeitung 1913 Nr. 2.)

Cystitis.

Ein neues Harndesinfiziens. Von Dr. Gustav Fischer, Praktikant an der Budapester Poliklinik. Abteilung Privat-Dozent Dr. Hugo Feleki. Es handelt sich um das von Remete aus Kampfer und Hexamethylentetramin kombinierte, von den Farbfabriken in Höchst dargestellte Amphotropin. Dasselbe besteht aus 58,33% Hexamethylentetramin und 41,67% Kampfersäure, ist ein kristallinisches Pulver, in Wasser gut löslich und wird in Dosen von 0,5 bis 1 g gegeben. Auf der Abteilung Feleki's wurde das Amphotropin als bakterientötendes, gärungswidriges Mittel bei Bakteriurie, bei ammoniakalischer Cystitis, Pyelitis mit gutem Erfolge gegeben. Es soll eine starke diuretische Wirkung haben, weshalb das Mittel überall dort, wo eine reichliche Durchspülung des Harnapparates gewünscht wird, empfehlenswert ist. Die Alkalität wird herabgesetzt, der Harn wird amphoter, ja oft sauer. Es ist sowohl bei akuten, als auch bei chronischen Blasenleiden anwendbar. Es soll täglich dreimal zu 0,5 g verabreicht werden und ist auch in Pastillen erhältlich.

(Urologia, Beilage zu Budapesti Orvosi Ujság 1912 Nr. 26. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Erfahrungen mit Hexal. Von Dr. Otto A. Kowanitz (Aus dem allgemeinen Krankenhaus in Wiener-Neustadt). In keinem Falle konnte Verfasser irgendwelche Störungen, die durch das Präparat bedingt wären, wahrnehmen, doch glaubt er, daß die konstant angewendete Dosis 1 g Hexal dreimal täglich vollständig ausreichend sei und eine höhere Dosis, die vielleicht toxische Nebenerscheinungen hervorbringen könnte, unnötig sei. Der Erfolg der Hexaltherapie liegt nach des Verfassers Erfahrung:

1. in einer Vermehrung der Diurese;
2. in der Umwandlung der alkalischen oder schwach sauren Harnreaktion in stark saure;
3. in der immer beobachteten sedativen Wirkung des Mittels und
4. in der raschen Klärung des Urins.

Verfasser ist geneigt, das Hexal in allen Fällen und bei allen Formen von Cystitis zu geben, glaubt aber, daß es neben diesem Anwendungsgebiete auch eine sehr wichtige Rolle beim Katheterismus und zur Verhütung der aufsteigenden Infektion der Harnorgane bei Urethritis gonorrhoeica spielen wird. Das Hexal hat als Kombinationspräparat eine ganz zweckmäßige Zusammensetzung, da seine beiden Komponenten (Sulfosalizylsäure und Hexamethylentetramin) in ihrer Vereinigung wirksam sind. Durch die Synthese haben sich keine Erscheinungen ergeben, die dem Präparat anhaften würden. Das Hexal hat vor dem Hexamethylentetramin den Vorzug einer rascheren Wirkungsweise sowie den Vorteil der analgetischen Wirkung, außerdem ist es angenehmer zu nehmen. Die Dosierung des Hexals entspricht im großen und ganzen jener des Hexamethylentetramins, der Preis ist bedeutend geringer als der des Urotropins.

(Wiener klin. Wochenschrift 1913 Nr. 1.)

Erysipelas.

Beitrag zur Lehre der Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten; Psychose nach Erysipel. Von F. Lang. Bei einem 37jährigen Manne, der schon als Kind in geringem Grade geistige Schwäche zeigte und durch Potus belastet war, traten nach Ablauf der Gesichtsrose, die sieben Tage gedauert hatte, psychische Störungen mit folgenden Symptomen auf: Aufgeregtheit, Verwirrtheit, Labilität des Affekts, Halluzinationen, beängstigende Wahnvorstellungen, die ihn zu Selbstmordgedanken und zu Angriffen auf andere Patienten trieben. Die Symptome gingen nur langsam zurück und waren nach sechs Monaten noch nicht vollkommen verschwunden. Der ätiologische Zusammenhang zwischen der Amentia und dem Erysipel ist über jeden Zweifel erhaben.

(Inaug.-Dissert. Kiel 1912. —
Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 47.)

Behandlung der Gesichtsrose. Von Castaigne und Fernet. Castaigne und Fernet besprechen die Medikamente, mit denen sie bei Behandlung der Gesichtsrose die besten Erfolge hatten. Ichthyol mit gleichen Teilen Traumatizin bewährte sich am besten. Dieses wurde drei- bis viermal täglich über die affizierten Partien gepinselt und die Applikation 48 Stunden fortgesetzt, nachdem alle Erscheinungen zurückgegangen waren. Auch zusammen mit gleichen Teilen abgekochten Wassers kann Ichthyol verwendet werden, wobei die Haut zweimal täglich abgewaschen wird. Beim Eintrocknen bildet es eine dicke Kruste, so daß ein Verband unnötig ist. Nach Verschwinden aller akuten Erscheinungen kann es als Salbe angewendet werden. Bei heftiger Entzündung, Juckreiz und Eiterung ist zunächst das Auflegen von in 10 oder 5%ige Ichthyollösungen getauchter Verbände für die ersten 24—48 Stunden vorteilhafter. Für Fälle, wo die Entzündung zurückgegangen ist und noch Rötung bestehen blieb, empfiehlt sich folgendes Rezept:

Ichthyol	2,0
Zinc. oxyd.	8,0
Adip. Lanae	8,0
Paraff. mollis	ad 30,0

oder

Amyl.	4,0
Zinc. oxyd.	8,0
Adip. Lanae	
Paraff. mollis	āā 60,0
Liq. hydrog. peroxyd.	15,0

Bleiben Teleangiektasien bestehen, so hat sich oft folgende Salbe bewährt:

Sol. Adrenal. (1 : 1000)	2,0
Zinc. oxyd.	8,0
Adip. Lanae	8,0
Paraff. mollis	ad 30,0.

(Americ. Med. 1912. —

Zentralblatt für die gesamte Therapie 1913 Nr. 1.)

Ueber latentes Erysipel. Von Dr. Artur Schlesinger in Berlin. Verfasser möchte über ein Krankheitsbild berichten, das er nirgends in der Literatur erwähnt findet: über Fälle von Erysipel, die zwei Besonderheiten zeigen: 1. ein Verweilen des Krankheitsprozesses in der Tiefe, späteren Austritt an die Oberfläche und darauf raschen Ablauf der Krankheit; 2. eine außergewöhnlich lange Inkubationszeit. — Fall 1. D. G., 40 Jahre alt, Krankenschwester. Kräftiger Körperbau, ziemlich reichliches Fettpolster; über frühere Krankheiten nichts bekannt. Mitte Mai wird Patientin von einer

an aseptischem Abort Sterbenden an der linken Hand gekratzt. Die kleine Rißwunde am Handrücken wird nicht weiter beachtet, heilt rasch. Etwa 14 Tage später bemerkt Patientin Schmerzen im linken Arm, besonders in der Ellbogengegend, die ihr zuerst nicht sehr hinderlich sind, die aber allmählich an Stärke zunehmen. Mitte Juni sind die Schmerzen ziemlich erheblich, Patientin fühlt sich recht schwach; die Untersuchung ergibt: Keine sichtbare Schwellung des Armes. Die Gegend des N. ulnaris unterhalb des Ellbogengelenks ist auf Druck schmerzhaft; jedoch beschränkt sich die Schmerzhaftigkeit nicht ausschließlich auf den Nerven, sondern betrifft auch die nahegelegenen Knochen. Eine Untersuchung durch einen zugezogenen Neurologen ergibt ebenfalls außer der Druckschmerzhaftigkeit nichts Krankhaftes. Die Diagnose lautet: Neuralgie des N. ulnaris. Alle angewandte Therapie (Jod, Alkoholumschläge, Aspirin, Pyramidon) bringt nur ganz vorübergehend Linderung der Schmerzen. Nach einigen Tagen fühlt sich Patientin so schlecht, daß sie sich zu Bett legt. Eine regelmäßige Temperaturmessung zeigt, daß Temperatursteigerungen vorhanden sind: Morgens 37,1—37,2°, abends 37,3—37,4°. Anfang Juli hatten die Schmerzen weiter zugenommen; man fühlt jetzt eine deutliche Schwellung der Ulna unterhalb des Ellbogengelenks, die äußerst druckschmerzhaft ist. Weiter abendliche Temperatursteigerungen. Die Diagnose wird jetzt korrigiert in: Periostitis der Ulna. Jede Therapie (Ruhigstellung des Armes, Antineuralgica, Jod) ist auch weiterhin fast erfolglos. Nach weiteren 14 Tagen hat die Schwellung in der Tiefe an Ausdehnung etwas zugenommen, ist auch etwas oberflächlicher als früher, jedoch ist Haut und Unterhautzellgewebe völlig intakt. Temperatur jetzt morgens 37,3—37,5°, abends 37,6—38,0°. Eines Morgens bemerkt man plötzlich über der Geschwulst eine Rötung der Haut von der Größe eines Pfennigs, die scharf umschrieben, etwas über die Oberfläche erhaben ist. Nach weiteren drei Tagen hat die Rötung ungefähr Handtellergröße erreicht; sie dokumentiert sich jetzt als ein typisches Erysipel der Ellbogengegend, während Schmerzen und Schwellung in der Tiefe nachgelassen haben. In den folgenden 14 Tagen nun wandert dieses Erysipel vom linken Arm über Hals, Kopf und Rücken, bis es allmählich abblaßt und schließlich verschwindet. Während dieser Zeit der Wanderung bleiben die Temperaturen dauernd in den oben erwähnten Grenzen; höchste Abendtemperatur war 38,3°. Nach Ablauf des Erysipels war Patientin vollkommen geheilt. Schwellung am linken Ellbogen vollständig verschwunden. — Der zweite Fall ist nicht so ausgesprochen in den erwähnten Besonderheiten wie der erste, jedoch immerhin eindeutig genug, um Erwähnung zu finden. Fall 2. Siebzehnjähriges, blasses Mädchen mit rechtsseitiger Halsdrüsentuberkulose. Anfang Mai 1912 werden unter Lokalanästhesie drei

tuberkulöse Drüsen entfernt, die zum Teil vereitert sind und deren größte Pflaumengröße hatte. Einige Situationsnähte. Tamponade der Wunde. Glatter Verlauf. Nach sechs Tagen wird der Tampon entfernt und mit leichter Tamponade und Aetzung von Jodtinktur nachbehandelt. Etwa zwölf Tage nach der Operation bemerkt man ein Infiltrat in der Tiefe der Wunde, das in den nächsten Tagen an Ausdehnung etwas zunimmt. Da zuerst eine Verhaltung angenommen wird, wird mit der Kornzange eingegangen, um dem vermeintlichen Eiter Abfluß zu verschaffen, jedoch ohne Erfolg. In der nächsten Zeit fühlt sich Patientin etwas matt, hat aber zuerst keine Beschwerden. Die Aetzungen mit Jodtinktur in der Tiefe werden fortgesetzt, 14 Tage später tritt allmählich eine Verschlimmerung ein. Patientin fühlt sich matter, Temperatur abends 37,8—38,0°. Das Infiltrat besteht unverändert als ziemlich derbe Geschwulst von Kinderfaustgröße in der Tiefe. Nach weiteren sechs Tagen sind die Temperaturen noch gestiegen, abends 38,5—39,0°. Eines Tages bemerkt man einen kleinen roten Fleck über der Geschwulst, ziemlich stark abgegrenzt, am folgenden Tage ausgesprochenes Erysipel von kleiner Handtellergröße. Temperatur morgens 38,0°, abends 39,9°. Das Erysipel wandert in der folgenden Woche über Hals, Gesicht und Kopf, um allmählich zugleich mit dem Fallen der Temperatur abzublassen. Unmittelbar nach dem Auftreten des Erysipels auf der äußeren Haut verschwindet die Schwellung in der Tiefe. Weiterer Verlauf ohne Besonderheit. Die Wunde heilt allmählich unter Aetzungen und Tuberkulininjektionen. — Was die erste Besonderheit des beschriebenen Krankheitszustandes, das Verweilen des Prozesses in der Tiefe und den späteren Austritt an die Oberfläche betrifft, so erinnert sich Verfasser, bei ganz akuten schweren Prozessen schon Aehnliches gesehen zu haben. Wir kennen die erysipelatöse Phlegmone, bei der oft die Grenze zwischen Erysipel und Phlegmone sehr schwer zu ziehen ist. Bei diesen Fällen kommt es gar nicht so selten vor, daß man am ersten Tage eine tiefe Phlegmone annimmt und am zweiten und dritten Tage ein typisches Erysipel sichtbar ist; jedoch hat Verfasser dabei nie gesehen, daß das Infiltrat in der Tiefe verschwindet und an dessen Stelle ein Erysipel auftritt, sondern es kommt nur zu dem tiefen Infiltrat ein Erysipel hinzu. Darin unterscheiden sich diese Fälle von den gewöhnlichen erysipelatösen Infiltraten. Von der zweiten Besonderheit, der außergewöhnlich langen Inkubationszeit, ist in der Literatur bisher nichts berichtet. Die gewöhnliche Inkubationszeit beim Erysipel ist ja nur sehr kurz, meist ein bis zwei Tage. Jeder, der in einer großen Poliklinik gearbeitet hat, wird solche Fälle kennen, wo der Zeitpunkt der Infektion mit Sicherheit festzustellen ist, nach einem bestimmten Verbandwechsel, der von der üblichen Art abweicht, nach dem Abgleiten eines Verbandes oder

Aehnlichem. Die einzige Angabe, die Verfasser über die Inkubationszeit fand, stammt von Tillmanns, der die maximale Dauer der Inkubation auf acht Tage schätzt. Wir können im ersten Falle die Inkubationsdauer mit absoluter Bestimmtheit angeben, sie beträgt etwas über zwei Monate; im zweiten Falle mit annähernder Bestimmtheit etwa drei Wochen. Wichtig sind die Temperaturverhältnisse. Es bestanden während des größten Teils der Inkubationszeit (zuerst wurde nicht gemessen) ganz leichte Temperatursteigerungen, die beim Ausbruch des Erysipels etwas anstiegen; zu einer typischen Kurve kam es jedoch nicht. Es hatte offenbar während der langen Inkubationszeit eine Abschwächung der Erreger stattgefunden. Im zweiten Falle waren ebenfalls während der ganzen Latenzzeit Steigerungen vorhanden, das Erysipel verlief aber unter einer typischen Kurve. Die Schwellungen in der Tiefe, die während der Latenzzeit vorhanden waren, zeigen an, daß die Erreger nicht vollkommen „latent“ waren, sondern daß sich während der ganzen Dauer Entzündungsvorgänge in der Tiefe abspielten. Dafür sprachen auch die Temperatursteigerungen. Das Verschwinden der Tiefeninfiltrate bei Ausbruch des Erysipels zeigt, daß es sich nicht um ein einfaches Uebergreifen, sondern um ein vollkommenes Wandern aus der Tiefe an die Oberfläche handelte. Schließlich ist noch auf die diagnostische Bedeutung des beschriebenen Krankheitsbildes hinzuweisen. Im ersten Falle hatte Verfasser zuerst eine Neuralgie, später eine Periostitis angenommen und hatte auf die Kratzwunde in der Anamnese keinen besonderen Wert gelegt. Erst als er später Temperatursteigerungen feststellte, dachte er an einen Zusammenhang mit der vorangegangenen Wunde. Im zweiten Falle dachte er zuerst an eine Eiterretention, nachher an ein Rezidiv, das allerdings bei der Kürze der Zeit von vornherein unwahrscheinlich war. Verfasser hat den Symptomenkomplex als latentes Erysipel bezeichnet. Darin ist ausgedrückt das Verweilen des Prozesses in die Tiefe und der rasche Ablauf nach dem Austreten auf die Oberfläche nach längerem Ruhestadium.

(Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 3.)

Furunkel.

Zur Behandlung der Furunkulose. Von Prof. Dr. Schüle (Freiburg i. Br.).

1. Der einzelne Furunkel kann in allen Fällen kupiert werden, wenn man in den ersten 48 Stunden das Zentrum tief genug kauterisiert: Man bildet am Rande der furunkulösen Infiltration mittels 1% Novokainlösung eine Quaddel, sticht dann im Zentrum senkrecht ein und injiziert das Novokain bis ins subkutane Gewebe. Der Glühstift muß alsdann die Haut völlig durchdringen. Die kleine Wunde

wird mit einem kleinen gedrehten Wattedocht geschlossen, hierdurch drainiert und offen gehalten. Darüber Heftpflaster.

2. Der vollentwickelte Furunkel kann im allgemeinen durch das Kauterisieren nicht beeinflußt werden.

3. Für die Prophylaxe der Furunkel empfiehlt sich die von Prof. Haegler - Basel geübte Desinfektionsmethode. Einmalige Epilation der infizierten Hautpartie, Einreiben mit Credé'scher Salbe. Am folgenden Tage Spiritus saponato-kalinus, Spiritus absolutus, Credé-Salbe. Nach 14 Tagen statt letzterer Zinksalbe.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß man im allgemeinen den ersten Furunkel mittels der Brennmethode nicht kupieren kann, da die Patienten nicht früh genug den Arzt aufzusuchen pflegen. Sie kommen meist erst mit dem vollentwickelten Prozeß. Wohl aber werden sie, richtig belehrt, bei dem ersten Rezidiv — und ohne solche pflegt es nicht abzugehen — den Arzt zur rechten Zeit beiziehen, und dann kann jede weitere Furunkelbildung verhindert werden. Die Hautdesinfektion; konsequent nach Haegler durchgeführt, bringt die Neuinfektionen nach und nach zum Verschwinden und heilt damit die „Furunkulose“. Bei einer hartnäckigen Furunkulose des Halses am Hemdenkragenrand gelang es Verfasser, den Prozeß dadurch zu heilen, daß er den Hals mehrmals mit Jodtinktur bepinselte, bis die ganze Epidermis sich abstieß. Verfasser hält das Brennen für weit- aus rationeller als das Inzidieren, denn wir töten damit den Infektions- herd direkt ab und — was sehr wichtig ist — wir eröffnen dem Gifte keine Blut- und Lymphbahnen. Wenn Verfasser in die Lage käme, einen Karbunkel zu behandeln, würde er ihn ebenfalls nach Eröff- nung der Haut mittels Kreuzschnitt gründlich bis in die Tiefe mit dem breiten Paquelin ausbrennen, soweit infiziertes Gewebe vorhanden ist. Verfasser empfiehlt die zentrale Kauterisation des beginnenden Furunkels als die sicherste und einfachste Methode der Behandlung. Schädliche Nebenwirkungen des Verfahrens hat er nicht beobachtet, es sei denn, daß sich um die Kauterisationsstelle manchmal eine etwa erbsengroße Hautnekrose bildet, welche nur leicht schmerzt, aber sehr langsam heilt. Die Belästigung durch diese kleine Wunde, welche ein gelbliches Serum, keinen infektiösen Eiter absondert, ist indes gering und mit der eines Furunkels nicht im entferntesten zu vergleichen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 45.)

Hämorrhoiden.

Mittel gegen Hämorrhoiden. Von Dr. William J. Robinson.

I. Gallar. pulv.	3,75
Zinci oxydati	3,75
Hydrargyri chlorati	1,85
Bismuti subnitrici	3,75

Cocaini hydrochlorici	0,30
Unguenti rosati	30,00
M. f. unguent.	
II. Gallar. pulv.	0,3
Zinci oxydati	0,3
Morphini sulfurici	0,015
Atropin. sulfuric.	0,001
Cocaini hydrochlorici	0,060
Olei Cacao	1,5
M. f. suppositor. D. t. dos. No. XXIV.	

(New York Med. Journ. 1912, Juli. — Apotheker-Ztg. 1912 No. 90)

Intoxikationen.

Ueber Vergiftungen durch arsenhaltige Tapeten. Von Prof. Dr. L. K u t t n e r (Berlin). Verfasser hat in letzter Zeit wiederholt Fälle von chronischer Diarrhoe beobachtet, die dadurch bemerkenswert sind, daß Kranke, die in der häuslichen Pflege trotz sachgemäßer Behandlung nicht zur Besserung kamen, nach der Aufnahme in die Klinik ohne besondere Einschränkung der Diät und ohne nennenswerte therapeutische Maßnahmen auffallend schnell gebessert wurden. Dieselben Patienten erkrankten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in ihrer eigenen Behausung trotz sorgfältigster Abwartung und gewissenhafter Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln sehr bald wieder an Rückfällen. Es lag nahe, die Erkrankung in diesen Fällen als eine Form der nervösen Diarrhöen aufzufassen, die erfahrungsmäßig häufig allein schon durch die Trennung von der Familie und den gewohnten Verhältnissen ohne weiteres ärztliches Hinzutun geheilt werden können. Aber abgesehen davon, daß bei den Patienten keine ausgesprochenen Zeichen von Neurasthenie oder Hysterie bestanden, würde sich Verfasser nur dann für berechtigt halten, die vorliegenden Störungen als rein nervös zu bezeichnen, wenn sich keine Anhaltspunkte für die Annahme eines organischen Leidens und einer greifbaren Schädlichkeit für das Auftreten der Diarrhöen finden ließen. Das war aber nach seinem Befunde durchaus nicht der Fall. Verfasser will aus den Krankengeschichten nur die wesentlichsten Befunde hervorheben. In den Tapeten der Schlafzimmer war Arsen vorhanden. Die Symptome der Arsenvergiftung durch Tapeten, die wahrscheinlich durch den gifthaltigen Staub derselben veranlaßt werden, entsprechen nicht den Erscheinungen der Arsenwasserstoffvergiftung, sondern der einfachen chronischen Arsenvergiftung. Die Menge von Arsen, die in den Tapeten nachgewiesen worden ist, ist ja im allgemeinen keine sehr große, genügt aber vollständig, eine Vergiftung hervorzubringen, wenn wir berücksichtigen, daß die Kranken während der Nacht dauernd der

Einwirkung des Giftes ausgesetzt gewesen sind; denn in allen fünf Fällen sind es die Tapeten des Schlafzimmers, die Arsen enthalten haben. Bemerkenswert erscheint noch der Umstand, daß die eine Patientin zwei Jahre vor ihrer Erkrankung das mit derselben Tapete ausgestattete Schlafzimmer bewohnte, ehe sie ihre Darmerkrankung bekam. Wie die Patientin angibt, hat sie vor ihrer Erkrankung stets bei offenem Fenster geschlafen, erst als sie im Wochenbett — fünf Wochen lang — bei geschlossenem Fenster lag, trat der Darmkatarrh in Erscheinung. Daß nicht alle Mitbewohner derselben Räume erkrankt sind, kann nicht befremden, sicher ist die Disposition eine verschiedene; außer der sogenannten individuellen Prädisposition begünstigen vielleicht anämische Zustände und Neigung zu Magen- und Darmerkrankungen die Wirkung des Giftes. Es ist anzunehmen, daß die hier besprochenen Vorkommnisse nicht vereinzelt sind, und es ist dringend wünschenswert, in Zukunft bei ätiologisch unklaren Fällen von Darmkatarrhen und bei schweren Anämien auf die hier erwähnten Schädlichkeiten zu achten. Bekanntlich sind Beimengungen von Arsenik bei der Herstellung von Tapeten polizeilich verboten; wie wenig dieses Verbot beachtet wird, zeigt das Ergebnis der Untersuchungen. Es scheint, daß die arsenhaltigen Farbstoffe, Scheeles Grün, Schweinfurter Grün, Wiener Grün, Pariser Grün usw., die früher zur Anfertigung von Oel- und Wasserfarben, zum Färben von Tapeten, künstlichen Blumen, Glanzpapieren, Geschirren aus Glas und Porzellan, Kinderspielzeug, Kleiderstoffen usw. vielfach benutzt worden sind und dadurch öfters Veranlassung zu chronischer Arsenvergiftung gegeben haben, trotz des polizeilichen Verbotes auch jetzt noch — oder jetzt wieder — zur Herstellung von grünen Tapeten vielfach angewendet werden: offenbar hat die Industrie keinen gleichwertigen unschädlichen Ersatz für den giftigen Farbstoff der grünen Tapeten gefunden. Uebrigens möchte Verfasser noch darauf hinweisen, daß Arsenik nicht nur bei der Fabrikation von Tapeten, sondern gelegentlich auch bei der Herstellung von minderwertigem Linoleum mißbräuchlich verwendet wird. Wie oft anscheinend rätselhafte Erkrankungen auf gleiche oder ähnliche Weise durch Arsenikvergiftungen bedingt sein mögen, läßt Verfasser dahingestellt — jedenfalls erscheinen die mitgeteilten Beobachtungen wichtig und interessant genug, um sie allgemein bekannt zu geben; sicher ist es angebracht, der mißbräuchlichen Verwendung von Arsenik bei der Fabrikation von Tapeten und Linoleum öffentlich entgegenzutreten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 45.)

Ueber akute Aethylalkoholamblyopie. Von Dr. Kaiser (Städtische Heil- und Pflegeanstalt in Dresden). Es handelte sich im vorliegenden Fall um eine nach ungewöhnlich starkem Alkohol-

genuß aufgetretene Sehstörung, die sich in peripherer Einschränkung des Gesichtsfeldes, in Verlust der Farbenempfindung und hochgradiger Herabsetzung der Sehschärfe äußerte und in wenigen Tagen zurückging. Das Delirium kann nicht die Ursache der Sehstörung gewesen sein aus dem einfachen Grunde, weil einerseits die Amblyopie mit dem Delirium nicht aufhörte, andererseits die Besserung des Sehvermögens durch erneut auftretende Delirien nicht unterbrochen wurde. Die chronische Alkoholamblyopie aber kann wegen des Mangels zentraler Skotome überhaupt nicht in Frage kommen. Der Verdacht auf Methylalkoholvergiftung bestätigte sich nicht. Simulation erschien ausgeschlossen. Einmal lag gar keine Veranlassung dazu vor, zweitens ergaben Simulationsproben (Prüfung der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes in verschiedener Entfernung) ein negatives Resultat.

Der Fall muß daher als eine akute Aethylalkoholamblyopie aufgefaßt werden. Nach Uthoff ist nun „die akute Alkoholamblyopie, wo nach übermäßigem Alkoholgenusse namentlich bei früher nüchternen Individuen hochgradige Sehstörung, zuweilen vollständige Erblindung bei negativem ophthalmoskopischem Befund schnell sich entwickelt“, ein seltenes Vorkommnis. Er erwähnt Fälle von Boerhave, Deneffle, Hirschberg, Stieren, Thompson und Woods. Zum Teil endigten diese Fälle mit Optikusatrophie, zum Teil mit Rückkehr zur Norm. In obigem Fall war beim Abschluß der Beobachtung zwar das Gesichtsfeld noch nicht vollständig normal, namentlich nicht für Farben, doch ist in Anbetracht der zuletzt erreichten guten Sehschärfe anzunehmen, daß eine völlige restitutio ad integrum zu erwarten steht. Was nun die Art und den Sitz der toxischen Wirkung des Alkohols in obigem Fall anbelangt, so lassen sich darüber naturgemäß nur Vermutungen äußern. Der erste Gedanke bei solchen rasch verlaufenden Amblyopien sind Zirkulationsstörungen in der Retina oder im Sehnervenkopf. Sie haben im vorliegenden Fall gefehlt, und so ist wohl die Annahme berechtigt, daß es sich um eine direkte toxische Schädigung der Optikusfasern gehandelt hat.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Obstipatio.

Ein bekanntes Abführmittel in neuer zweckmäßiger Form: Extractum fluidum follic. Sennae (Folliculin). Von Prof. Dr. J. Boas (Berlin). Die Verwendung der Sennaschoten geschah in der Regel so, daß man fünf bis zehn bis fünfzehn derselben zwölf Stunden in kaltem Wasser digerierte und dann den Aufguß trinken ließ. In dieser Form ist die Anwendung, wie Verfasser sich durch jahrzehntelange Beobachtung überzeugen konnte, ebenso zweckmäßig

wie einfach. In einzelnen Fällen hört man allerdings auch bei dieser Form der Anwendung über meist leichtere Darmkoliken klagen. Der einzige Nachteil, den dieser im Volksmunde als „Schotentee“ bezeichnete Aufguß aufweist, besteht darin, daß er täglich neu hergestellt werden muß und daß er offenbar quantitativ großen Schwankungen unterworfen sein muß. Aus diesem Grunde hat Verfasser vor längerer Zeit unternommen, aus den Folliculi Sennae ein haltbares und quantitativ gleichmäßiges Präparat in Form eines Fluidextraktes herstellen lassen. Er hat dem Präparat der Einfachheit wegen den Namen „Folliculin“ gegeben. Die Darstellung des Folliculins geschieht in folgender Weise: Beste Folliculi Sennae Tinevelly werden mit destilliertem Wasser gleichmäßig durchfeuchtet und in einem gut verschlossenen Gefäße acht bis zehn Stunden stehen gelassen. Das Gemisch wird darauf in einen gläsernen Perkulator so fest eingedrückt, daß größere Lufträume nicht entstehen können, und mit Wasser so langsam extrahiert, bis eine farblose Flüssigkeit den Perkulator verläßt. Der gesamte gewonnene Auszug wird darauf im Dampfbade oder Vakuum so weit eingedampft, daß die Menge des Fluidextrakt der verwandten lufttrocknen Pflanzenmenge (also 1 g Fluidextrakt = 1 g der in Arbeit genommenen Substanz) entspricht. Zur besseren Haltbarkeit hat Verfasser dem Präparat eine kleine Menge Saccharin (0,05%) zugesetzt. Das Fluidextrakt wird in Flaschen von 100 bis 200 g Inhalt fraktioniert sterilisiert. In dieser Form kommt das Präparat durch Lucaes Apotheke, Berlin NW. Unter den Linden 53, in den Handel.¹⁾ Die Dosis des Mittels beträgt einen bis drei Teelöffel pro Tag. Durch den Zusatz von Saccharin ist es leicht süßlich, im übrigen wird es von den Patienten fast ausnahmslos gern genommen. Verfassers Erfahrungen mit dem Folliculin erstrecken sich jetzt auf über zwei Jahre. In dieser Zeit hatte er sowohl genügende Erfahrungen über die Wirkung und die Indikationen des Mittels sammeln können. Es hat sich hierbei ergeben, daß das Mittel besonders bei bettlägerigen Obstipierten prompt und zuverlässig wirkt. So hatte Verfasser es z. B. sehr häufig bei solchen Hämorrhoidariern angewendet, bei denen er die Beseitigung der Hämorrhoiden nach dem von ihm vor einiger Zeit angegebenen unblutigen Verfahren auszuführen pflegt. Des weiteren empfiehlt er das Mittel bei vorübergehender Obstipation solcher Individuen, die zwar nicht an schwerer chronischer Obstipation, aber an sogenanntem trägen Darm leiden und hierdurch auf Reisen oder

¹⁾ Verfasser hat auch veranlaßt, das Präparat zur Trockne einzudampfen und es dann in Tablettenform zu bringen. In dieser Form ist es aber weit weniger wirksam, jedenfalls braucht man eine verhältnismäßig größere Dosis als vom Fluidextrakt.

bei veränderten Lebensbedingungen dann an prononciérter Obstipation zu leiden pflegen. Des weiteren hat Verfasser das Folliculin in den Fällen mit Erfolg angewendet, bei denen streng durchgeführte diätetische und hygienische Maßnahmen keinen oder keinen genügenden Erfolg hatten. Dann genügt eine kleine Dosis (ein oder zwei Teelöffel pro Tag), wohlgemerkt in Verbindung mit der Obstipationsdiät, zu einem ausgezeichneten und vielfach auch dauernden Erfolg in Fällen, bei denen vorher die stärksten Drastica bereits erfolglos durchprobiert worden waren. Endlich hat Verfasser das Folliculin in mehreren Fällen von inoperablen Dick- und Mastdarmkarzinomen mit gutem Erfolg angewendet, bei denen ja die Verhütung von Stagnation eine der wichtigsten therapeutischen Indikationen darstellt. Andererseits ist, wie Verfasser das bereits oben kurz angedeutet hat, auch das Fluidextrakt der Sennaschoten nicht von dem Uebelstande frei, dem wir bei fast allen medizinalen (übrigens auch diätetischen) Abführmitteln begegnen: der allmählich nachlassenden Wirkungsenergie. Indessen kennt Verfasser doch zahlreiche Patienten, die seit mehr als Jahresfrist das Mittel ohne ein Nachlassen der ekkoprotischen Wirkung zu beobachten, anwenden. In einzelnen Fällen ist Verfasser auch zu etwas größeren Dosen als den oben angegebenen übergegangen, falls eine Wirkungsabschwächung zu konstatieren war. Irgendwelche schädlichen Nebenwirkungen, abgesehen vielleicht von gelegentlichem leichten Ziehen oder vorübergehend schmerzhaften Sensationen hat Verfasser auch bei Anwendung größerer Dosen des Folliculins nicht beobachten können. Vor zahlreichen anderen Abführmitteln, deren Wert im übrigen in keiner Weise herabgesetzt werden soll, zeichnet sich das Folliculin dadurch aus, daß man es mit einer Reihe anderer sogenannter Magenmittel oder Stomachica leicht kombinieren kann. So geben z. B. Kombinationen von Folliculin mit Extr. Condurango, mit Tinct. Chin. compos., mit Tinct. aromatic., mit Tinct. Strychni gute und lange haltbare Verbindungen. Wenn Verfasser kurz die Vorzüge des Mittels rekapitulieren darf, so bestehen sie darin, daß es vor allem gegenüber dem kalten Sennaschotenaufguß ein einheitliches, konstantes und gut haltbares Präparat darstellt. In seiner Wirkung ist es, ebenso wie die Muttersubstanz, ein unschädliches, von Nebenwirkungen freies und dabei in den obengenannten Grenzen wirksames Abführmittel. Weit entfernt davon, anderen gebräuchlichen und milden Abführmitteln überlegen zu sein, wird das Folliculin entweder allein oder rationeller in Verbindung mit geeigneten diätetischen und hygienischen Maßnahmen sicherlich die Erwartungen der Aerzte in vollem Maße befriedigen.

(Therapie der Gegenwart, Januar 1913.)

Die Behandlung der chronischen Obstipation. Von Dr. Lipowski, dirig. Arzt der inneren Abteilung der Städt. Diakonnissenanstalt Bromberg. Als besonders heilkräftig zur Beseitigung der spastischen Obstipation hat Fleiner die Oeleinläufe empfohlen, welche er in der Weise vorschlug, daß 300—500 ccm durchaus reines Oel (Oliven-, Sesam-, Mohn-, Rüb-, Leinöl) in den Darm gelassen werden. Darnach müssen die Kranken etwa eine Stunde in Rückenlage oder $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde mit erhöhtem Becken liegen, damit das Oel infolge seiner größeren Adhäsionskraft zur Darmschleimhaut, welche größer ist als die Kohäsion zwischen den einzelnen Oelmolekülen, sich an der Darmschleimhaut heraufzieht, bis es in Gegenden kommt, wo noch aktiver Pankreas- und Gallensaft vorhanden ist; durch deren Einwirkung werden aus dem Oel und den Alkalien des Darmes Oelsäuren und Glycerin frei, welche Stoffe nach Fleiner's Vorstellung dann die eccoproktierende Wirkung des Oels auslösen. Zweifellos ist den Fleiner'schen Oeleinläufen eine ausgezeichnete Wirkung bei Obstipation zuzuerkennen. Die Wirkung erklärt sich Verfasser allerdings nicht durch die angeblich entstehenden chemischen Umsetzungen, sondern dadurch, daß das Oel, die Darmschleimhaut überziehend, die Wasserresorption aus den im Darm lagernden Massen behindert und dadurch den Stuhl bei loserer Konsistenz beläßt. Wenn nun alte eingedickte Massen im Darm lagern, dann werden diese teils durch das Oel, teils durch die wasserreichen, aus den oberen Darmabschnitten herabtretenden Inhaltmassen aufgeweicht und in diesem Zustande entleert. In der Behinderung der krankhaft gesteigerten Resorption von seiten der Schleimhaut des Enddarmes sieht Verfasser die wichtigste therapeutische Aufgabe, und von dieser Erwägung ausgehend, verfolgte er das Ziel, ein Ersatzmittel für das vorzüglich wirkende, aber mit zahlreichen häßlichen Nebenwirkungen behaftete Oel zu suchen. Verfasser fand das allen Anforderungen entsprechende Mittel im Paraffin. Paraffin gehört zu den Grenz-Kohlenwasserstoffverbindungen, deren einfachster Repräsentant das Grubengas CH_4 ist. Dem einen Atom stehen doppelt so viel $+ 2$ H-Atome gegenüber. In einer Verbindung mit 5 C-Atomen sind also doppelt so viel $+ 2 = 12$ H-Atome vorhanden usw. Gewonnen wird das Paraffin zum geringen Teil aus bestimmten Petroleumarten (auf Java), zum bei weitem größeren Teile bei der Braunkohlendestillation. Im Handel kursieren drei Arten von Paraffin: das flüssige, weiche und feste. Durch Mischung der verschiedenen Arten kann Verfasser jeden beliebigen Schmelzpunkt erzeugen. Als zweckmäßig hat sich die Paraffinmischung mit dem Schmelzpunkt von zirka 40°C . erwiesen,¹⁾ die bei Lufttemperatur Salbencharakter hat. 200 bis

¹⁾ Deutsche Paraffin-Vertriebs-Gesellschaft Berlin, Haberlandstraße.

300 ccm werden über 40° erwärmt, dadurch flüssig, und in diesem Zustand mit einer in warmem Wasser erwärmten Spritze (zur Verhütung einer vorzeitigen Gerinnung) durch einen weichen Darm Schlauch in den Darm injiziert. Nach wenigen Minuten hat die Masse im Darm Salbenkonsistenz angenommen, und dann kann der Patient sofort ohne Belästigung umhergehen. In besonders hartnäckigen Fällen empfiehlt es sich, die Einläufe in Knie-Ellenbogenlage vorzunehmen. Verfasser hat die Beobachtung gemacht, daß zuweilen die ersten Einspritzungen keinen spontanen Erfolg erzielen (der durch Wasser- oder Glycerineinbringung leicht bewirkt wurde), der dann aber etwa von der dritten Applikation ausnahmslos sich einstellt, eine Erfahrung, die auch bei der Oelkur gemacht wird. Die Vorzüge, welche das Paraffin vor dem Oel hat, sind folgende:

1. Das Paraffin ist unzersetzlich. Es werden dadurch die außerordentlich unangenehmen Erscheinungen vermieden, welche sich aus der sehr leichten Zersetzlichkeit des Oeles ergeben. Aus der Oelzersetzung entstehen gasförmige Fettsäuren, welche starkes Kollern in den Därmen erzeugen, und beim Entweichen nehmen sie das zersetzte übelriechende Oel und Stuhlmassen mit, welche Leib- und Bettwäsche durchtränken und den Träger mit einem Geruch behaften, der auf die Dauer unerträglich ist. Alle diese unangenehmen Nebenwirkungen fallen bei dem unzersetzlichen Paraffin fort.

2. Das Paraffin schmiegt sich in Salbenform der Darmwand an, und wenn Gase entleert werden, nehmen sie von der Salbenmasse nichts mit, oder wenn wirklich eine geringe Menge ausgestoßen wird, fehlt ihr der unangenehme Stuhlgeruch.

3. Der Oeleinlauf erfordert ein einstündiges ruhiges Liegen auf dem Rücken, was bei der Paraffininjektion fortfällt. Nach wenigen Minuten bereits hat die flüssig injizierte Masse Salbencharakter angenommen und haftet der Darmwand an.

4. Die Oelkur kann wegen subjektiver und objektiver Reizwirkung auf den Darm nur selten abends gebraucht werden, während die Paraffineinspritzung den Schlaf nur in den seltensten Fällen beeinträchtigt. Der Erfolg tritt in der Regel morgens ein.

5. Im Gegensatz zum Oelgebrauch kann das Paraffin unbegrenzt lange angewandt werden, da alle Reizerscheinungen ausbleiben, im Gegenteil bestehende Reizerscheinungen durch Paraffingebrauch beseitigt werden. Unter der Paraffindecke gesundet die resorptiv erkrankte Schleimhaut, was sich durch Herabsetzung des Resorptionskoeffizienten erweist.

Es ist eine merkwürdige Erscheinung, daß durch Paraffinbehandlung alle Arten von Obstipation günstig beeinflußt werden, obwohl

doch nur die Resorption von seiten der Darmschleimhaut verändert, die muskuläre Darmtätigkeit dagegen nicht direkt betroffen wird.
(Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 48.)

Ueber ein neues, subkutanes und intramuskuläres Abführmittel.

Von Dr. med. B. Credé in Dresden, dirig. Arzt am Stadt Krankenhaus Dresden-Johannstadt. Das Problem, alle wirksamen Stoffe der Sennesblätter in flüssiger, konzentrierter und haltbarer Form herzustellen, war um so schwieriger zu lösen, als die Sennesblätter neben Körpern mit abführender Wirkung einerseits Harz, andererseits außerordentlich viel Schleim enthalten, wodurch eine Konzentration, Filtration usw. beinahe ausgeschlossen war. Das jetzt fertiggestellte durch Wortmarke geschützte Präparat „Sennatin“¹⁾ enthält tatsächlich alle wirksamen Prinzipien der Sennesblätter unter Ausschluß derjenigen Körper, welche Nebenwirkungen hervorrufen. Sennatin stellt eine dunkle, klare, haltbare und sterile Flüssigkeit dar von so dünnflüssiger Form, daß sich die subkutane und intramuskuläre Anwendung bequem und harmlos gestaltet. In fast 300 Fällen von Verstopfung der verschiedensten Art, von Darmlähmung und von Meteorismus hat sich Sennatin als subkutanes und intramuskuläres Abführmittel sehr gut bewährt. Sennatin ist gänzlich ungiftig; von Dosen bis zu 5 g hat Verfasser weder allgemeine unangenehme Wirkungen, noch Nierenreizungen gesehen. Sennatin regt die Darmtätigkeit in allen Fällen so stark an, daß kräftige Entleerungen von Darmgasen erfolgen und daß in den Fällen auch Stuhlgang durch Anregung des Dickdarmes bewirkt wird, wo die mechanischen Hindernisse nicht zu bedeutend sind. In letzteren Fällen ist dann noch mitunter eine Glyzerinspritze oder ein Klysma nötig. Verfasser hat Sennatin bei den verschiedenartigsten Fällen ausprobiert, die alle das gemeinsam hatten, daß die Darmtätigkeit herabgesetzt bzw. aufgehoben war, und zwar von Kindern vom zweiten Lebensjahre an bis zum Greisenalter. Die Einzelgabe von Sennatin beträgt 1—3 g. Für Erwachsene bilden 2 g die Normaldosis, über die nur sehr selten hinausgegangen zu werden braucht. Subkutan muß eine recht lockere Hautstelle zur Injektion gewählt werden und letztere langsam vorgenommen werden, dann treten örtliche geringe Reaktionen fast gar nicht auf. Die intramuskuläre Einspritzung, die Verfasser persönlich vorzieht, wird in den äußern Teil des Gesäßmuskels gemacht, hierbei fällt jede Reaktion fast vollständig fort. Sennatin wird in Flaschen von reichlich 10 g Inhalt für vier bis fünf Einspritzungen zum Preise von nur 1 Mk. in den Handel gebracht. Das

¹⁾ Die Anfertigung geschieht von der chemischen Fabrik Helfenberg vormals E. Dietrich A.-G. in Helfenberg bei Dresden.

Sennatin ist also das billigste der augenblicklich existierenden subkutanen Abführmittel, da eine wirksame Einspritzung nur zirka 25 Pfennig kostet. Der Inhalt einer angebrochenen Flasche ist noch einige Wochen lang, kühl aufbewahrt und wieder gut verschlossen, haltbar. In der Regel fühlt der Kranke die ersten peristaltischen Bewegungen nach etwa drei bis vier Stunden, dann beginnen sich die Gase zu entleeren, und zwar sehr oft in fast stürmischer Weise. Bei engem After muß mitunter ein Darmrohr eingelegt werden. Drei bis vier Stunden später wird es meistens wieder ruhiger im Leibe; sehr häufig hält die Wirkung aber auch bis 24 Stunden und länger an. Ob sich eine Stuhlentleerung anschließt, hängt, wie schon gesagt, davon ab, wie die Stuhlmassen beschaffen sind und ob mechanische Hindernisse vorhanden sind; eventuell ist dann mit Glyzerin und Klysma nachzuhelfen. Sehr oft hat Verfasser gesehen, daß bei chronisch verstopften Menschen, wenn erst einmal durch Sennatin die Darmtätigkeit, namentlich die des Dickdarmes angeregt war, diese für viele Tage, ja für die ganze Aufenthaltszeit in der Anstalt vorhanden blieb. Bei hartnäckiger Verstopfung muß Sennatin natürlich öfters gegeben werden. Die Einspritzung kann früh oder abends geschehen. Wer den Erfolg beobachten will, wird besser am Morgen einspritzen. Sehr wirksam ist die Einspritzung bei Darmlähmungen, bei Infektionen, bei Peritonitis, sowie bei Ileus. Die Wirkung für den Kranken ist in solchen Fällen eine sehr wohltuende, da Erbrechen aufhört und der Druck auf Herz und Atmung wegfällt. Manche Eingriffe dürften hierdurch unnötig werden. Bauchoperierten und Bruchoperierten läßt Verfasser, falls nicht spontan schon vorher Luft abging, abends nach der Operation oder am Morgen darnach grundsätzlich 2 g einspritzen, so daß sie nachts bzw. mittags ihre Gase los werden, mit denen sie sich sonst meist viel länger hätten quälen müssen. Während oder kurz vor der Skopomorphinnarkose läßt Verfasser keine Einspritzungen geben, da durch Morphin und Opiumpräparate die Wirkung von Sennatin ganz wesentlich herabgesetzt wird. Fünf bis sechs Stunden nach der Narkose kann man jedoch mit guter Wirkung schon einspritzen. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 52.)

Pneumonie.

Die Behandlung der fibrinösen Lungenentzündung mit großen Dosen von Kampfer. Von J. Iversen, Petersburg. Im städtischen Obuchow-Krankenhaus für Männer zu Petersburg behandelte Iversen unter sonst gleichen Bedingungen zu derselben Zeit 91 Pneumoniker nach den üblichen Methoden und 81 mit großen Dosen von Kampfer. Erwachsene Patienten erhielten zweimal täglich je 10—12 ccm 20% Kampferöl (4,0—4,8 g reinen Kampfer pro die)

und jüngere, 16—18jährige Personen je 8 ccm Kampferöl subkutan (3,2 g reinen Kampfer pro die). Die Vorzüge dieser Kampferbehandlung äußerten sich: 1. in einer Euphorie der Kranken, 2. in einer beruhigenden Wirkung des Mittels auf die schmerzhaften Empfindungen beim Husten und infolge der Pleurareizung, 3. in einer dauernden Stärkung der Herztätigkeit, 4. in einer weniger stürmischen, seltener zu beobachtenden und früher auftretenden Krise, 5. in einer sehr raschen Lösung des Entzündungsherdes und 6. in einer Herabsetzung der Mortalität. Die Kampferbehandlung ist vollkommen unschädlich. (Rußky Wratsch 1912 Nr. 2. —

Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Die Bronchiolitis und die Bronchopneumonie der kleinen Kinder. Von E. Feer. Aus diesem „klinischen Vortrage“ seien folgende therapeutischen Angaben wiedergegeben. Von direkten therapeutischen Maßnahmen verdient die Hydrotherapie den Vorzug. In leichten Fällen genügt es, zweimal täglich ein warmes Bad (33° C.) zu geben, wobei man Arme und Beine kräftig frottiert. Die Wirkung ist beruhigend und schlafbringend. Meist aber und immer in schwereren Fällen, sowohl bei Bronchiolitis als bei Bronchpneumonie, bevorzugt F. seit vielen Jahren die heißen Bäder. Vergleichende Beobachtungen haben F. oft gezeigt, daß laue und kühle Bäder hier ungenügend und ungünstig wirken, am deutlichsten bei zarten Säuglingen, wo die Extremitäten im Bade kalt und zyanotisch werden. Man legt das Kind in ein Bad von 37° C. und erhöht durch Zugießen von heißem Wasser die Temperatur rasch auf 40—41° C. Unter beständigem Reiben der Glieder läßt man das Kind sechs bis zehn Minuten im Bade. Die Wirkung ist meist augenscheinlich günstig und stimulierend. Der Husten läßt nach und wird lockerer, die Zyanose und Kälte der Extremitäten verschwindet, der Puls wird kräftiger. Die Aftertemperatur steigt für kurze Zeit um $\frac{1}{2}$ —1°, was auch in fieberhaften Fällen keinen Nachteil bringt. Das Kind verfällt nach dem Bade in einen ruhigen Schlummer und nimmt nachher besser Nahrung. Rasselgeräusche und Infiltration gehen zurück. Durch das heiße Bad wird das Blut von den inneren Organen, speziell von den Lungen, nach der Peripherie und den Extremitäten geleitet, wodurch eine Entlastung des Lungenkreislaufs eintritt. Selbst bei hochfieberhafter Temperatur bringt das heiße Bad Nutzen. Hier begnügt man sich mit einer Dauer von drei bis fünf Minuten, bedeckt den Kopf mit einer naßkalten Kompresse und wäscht ihn fleißig mit kaltem Schwamme. Nach dem Bade wäscht man den ganzen Körper rasch mit naßkaltem Schwamme ab und reibt gut nach mit trockenem Tuch. In den Fällen, wo die Respiration ungenügend ist, wo die Expektoration stockt, schickt man dem heißen Bade einen kalten Nackenguß nach. In Zeitintervallen von 20—30 Sekunden

gießt man aus einer Gießkanne oder einem Wasserkruge einen Schuß kalten Wassers über den Nacken des Kindes, indem man es aus dem Bad emporhebt, und wiederholt dies zwei- bis dreimal. Durch diese Shockwirkung werden kräftigere Inspirationen und Schreien ausgelöst. Bei sehr elenden Kindern muß man von den kalten Uebergießungen Abstand nehmen, da sie zu Kollaps führen können. In allen Fällen tut man gut, dem Bade ein Analeptikum vorauszuschicken. Aehnlich wie das heiße Bad, aber viel intensiver, wirkt die Senfwicklung nach Heubner. Dieselbe hat gegenüber den früher beliebten Senfbädern den großen Vorteil, ungleich kräftiger zu wirken und die Respirationsschleimhaut gar nicht zu reizen. Man verrührt zwei Handvoll (zirka 300 g) frisches Senfmehl in einem Liter warmem (40° C.) Wasser (nicht heiß!) und wartet, bis sich die stechenden Senföldämpfe entwickeln. Nun wird ein Tuch, groß genug, um das ganze Kind zu umhüllen, in diesen Senfbrei eingetaucht, damit tüchtig imprägniert und auf eine etwas größere wollene Decke ausgebreitet. Das entkleidete Kind wird nun mit Ausnahme von Kopf und Hals in das Senftuch geschlagen, die wollene Decke darüber gewickelt. Das Aufsteigen von Senföldämpfen gegen die Nase wird durch ein weiteres kleines Decktuch am Halse verhindert. Das Kind bleibt in dieser Senfpackung so lange, bis starke Hautrötung und Unruhe die gewünschte Wirkung anzeigen (je nach der Reaktion der Haut 15—20 Minuten). Das ausgewickelte Kind, das oft rot ist „wie ein Krebs“, wird nun im lauen Bade gereinigt und kommt bei ordentlichem Kältezustande noch in einen warmen Wickel für eine bis zwei Stunden. Nachher laues Bad und eventuell kalte Uebergießung; Vermeidung anderer Prozeduren in den nächsten 24 Stunden. Eine solche Senfwicklung, die nach je 24 Stunden noch ein- bis zweimal wiederholt werden kann, wirkt oft ganz ausgezeichnet in frischen Fällen von Bronchiolitis, hauptsächlich wohl durch Ableitung des Blutes aus den strotzend gefüllten Lungen nach der Peripherie, so daß man bisweilen den Eindruck erhält, daß die Krankheit dadurch kupt wurde. Die Senfpackung verlangt noch einen ordentlichen Kräftezustand, da sonst die Kinder dabei leicht kollabieren. Individuen mit zarter, blutreicher Haut reagieren mit starker Hautrötung, anämische und schwache Kinder wenig. Bei spasmophilen und ekzematösen Kindern sieht man besser von dieser Prozedur ab. Auch bei beginnender Bronchopneumonie wirkt die Senfwicklung manchmal günstig. Ist nach zwei, höchstens drei regelrechten Senfpackungen (die Hautrötung dauert oft 24 Stunden und länger) keine Besserung erzielt, so ist man auf die heißen Bäder (ein- bis zweimal täglich) angewiesen oder auf die Einwicklung in warme nasse Tücher. Damit die Tücher noch mindestens körperwarm auf die Haut gelangen, müssen sie in heißes Wasser getaucht werden. Die warmen Wickel macht man mehrmals hintereinander in stündlichem Wechsel,

wenn dabei keine unangenehme Wärmestauung eintritt. Bei beträchtlichem Fieber soll man sie darum höchstens zwei Stunden hintereinander machen. Vor Erneuerung des Wickels und nach Beendigung desselben wäscht man die Haut rasch mit naßkaltem Schwamme. Jede Schnürung von Brust und Bauch muß sorgfältig vermieden werden, so daß man Wickel bei sehr jungen und elenden Säuglingen im ganzen besser unterläßt. Besonders günstig scheinen heiße Brustwickel bei schleppenden Bronchopneumonien zu wirken; bei den fieberlosen Formen schiebe man zwischen dem nassen Tuch und dem trockenen Decktuche noch eine Schicht wasserdichten Stoffes (z. B. Billrothbattist) ein. Von Medikamenten kommen Expektorantien wenig in Betracht, die bei Säuglingen leicht die Verdauungsorgane schädigen und dann weggelassen werden müssen. Nur bei reichlicher Schleimansammlung und stockendem Husten reiche man ein solches Mittel, z. B. Liquor Ammon. anisat., Extract. fluid. Senegae $\bar{a}$ 10,0; dreimal täglich zehn Tropfen in Zuckerwasser für Säuglinge, später dreimal täglich 15 bis 20 Tropfen. Im allgemeinen ist Befeuchtung der Luft in der Heizperiode (Bronchitiskessel) genügend, um die Expektoration zu erleichtern. Narkotika sind selten am Platze und dürfen nur da gegeben werden, wo quälender Hustenreiz vorliegt und keine stärkere Schleimansammlung vorhanden ist. Empfehlenswert ist dann Codein. phosphor. (0,1 : 100,0 zwei- bis viermal täglich 5 g bei älteren Säuglingen). Viel häufiger sind Herz- und Vasomotoren-mittel angezeigt, die man in allen ernsten Fällen nicht entbehren kann. Am schätzenswertesten erscheint mir hier das Coffein: Coffein. natrobenzoicum 0,5 : 100,0; bei Säuglingen drei- bis fünfmal täglich 5 g, im zweiten bis vierten Jahre drei- bis fünfmal 10 g. Das Mittel wird vom Magen sehr gut toleriert. Bei Verschlimmerung gibt man daneben noch Kampher, je nach Bedarf, zwei- bis sechsmal täglich eine Spritze Kampheröl subkutan. Auch vor jeder hydropathischen Prozedur (Bad, Senfwickel) gebe man von diesen Mitteln in schweren Fällen. Wo stärkere Zyanose sich geltend macht, können Sauerstoff-inhalationen große Erleichterung und bei sehr ausgiebiger Anwendung (teuer!) auch Nutzen bringen. Am besten wirken sie bei Bronchiolitis, wo die Lungenalveolen noch frei sind, die Luft aber wegen der ausgedehnten Stenose der Bronchiolen nicht mehr genügenden Zutritt erhält. Eine besondere Behandlung erfordert die asthmatische Bronchitis, die oft die gewöhnliche Bronchiolitis vortäuscht. Hier gibt Atropin häufig ausgezeichnete Resultate, am besten bei subkutaner Anwendung. Bei Säuglingen gibt man ein- bis zweimal täglich $\frac{1}{10}$ mg. Bei ungenügender Wirkung kann man die Dosis verstärken, wenn keine starke Rötung des Gesichts eingetreten ist. Auch Jodkali wirkt manchmal gut (Kal. jodat. 1,0 : 75,0, fünfmal täglich 5 g für Säuglinge, im zweiten bis vierten Jahre 0,5—0,7 pro die) und

führt den trockenen giemenden Katarrh in einen feuchten über. Das Mittel soll nicht länger als drei Tage gegeben werden. Sofern exsudative Diathese im Spiel ist, muß sowohl im Anfall wie späterhin die Nahrung geregelt werden (knapp, milcharm, vorwiegend vegetabilisch). Das Gleiche gilt für die Fälle gewöhnlicher Bronchitis und Bronchopneumonie, wo sich exsudative Diathese nachweisen läßt, deren systematische Bekämpfung auch die Disposition zu Respirationskrankheiten beschränkt. Oft ist Rachitis im Spiel und verhindert die Heilung der Bronchitis und Bronchopneumonie. In solchen Fällen gibt man im fieberlosen oder nur leicht fieberhaften Stadium neben der richtigen Nahrung Phosphorlebertran (0,01 : 100,0 einmal täglich 5 g). Bei schleppendem oder chronischem Verlaufe wirken vielleicht Kreosotpräparate nützlich, z. B. Guajacol. carbon., zweimal täglich 0,05—0,1, das leicht genommen wird und die Verdauung eher günstig beeinflußt. In der Rekonvaleszenz ist möglichst reichlicher Luftgenuß im Freien zu empfehlen, auch Sonnenbäder, bei Wohlhabenden längerer Aufenthalt in waldreicher Gegend, am Meer oder im Gebirge.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 16.)

Pruritus.

Ueber die Behandlung des Pruritus vulvae mit Pittylen.

Von Dr. Herzberg, Frauenarzt, Berlin. Bei der Behandlung beschränkte Verfasser sich hauptsächlich auf die Anwendung der „Pittylenseifen“ und ging dabei folgendermaßen vor: Er verordnete den Patienten, abends vor dem Schlafengehen ein warmes Sitzbad zu nehmen, dem er zwei Eßlöffel flüssiger, 10%iger Pittylenseife zusetzen ließ, sich danach mit 5%iger Pittylenmentholseife einzuseifen, den Schaum an den affizierten Hautpartien eintrocknen zu lassen, Zinkpuder darauf zustäuben und am folgenden Morgen erst eine Reinigung mit lauwarmem Wasser vorzunehmen. Falls sich auch in die Scheide höher hinaufgehende, gerötete und juckende Partien zeigten, so applizierte Verfasser dort eine Pittylensalbe (5—10%ig) nach entsprechenden Scheidenspülungen und konnte bereits nach wenigen Tagen in allen behandelten Fällen ein fast vollkommenes Verschwinden der lästigen und unangenehmen Symptome konstatieren, zumal sich die Patienten schnell an das eigentümliche Gefühl, welches eintrocknende Seife hervorruft, gewöhnt hatten. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt Verfasser das Pittylen, und zwar vor allem in der Form von Seifen, als ein schnell und gut wirkendes Mittel bei der Behandlung des Pruritus vulvae und des oft mit ihm vergesellschafteten intertriginösen Ekzems empfehlen zu können.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 46.)

Scarlatina.

Zur Infektionsdauer des Scharlachs.¹⁾ Von A. B a g i n s k y (Aus dem Städtischen Kaiser- und Kaiserin - Friedrich - Kinderkrankenhaus in Berlin). Es sind im ganzen 45 Fälle von Uebertragungen vorgekommen, in die Familien hinein, nachdem die Kinder entlassen worden sind, ohne daß noch irgendwelche Affektionen bei ihnen bestanden. B. hat die Krankengeschichten daraufhin nochmals durchgesehen, und wenn er sich auch nicht ohne weiteres darauf verlassen kann — da die Herren Assistenten jeden einzelnen Fall vielleicht nicht absolut genau auf jede Einzelheit prüfen, wenn ein Kind als gesund entlassen wird — so glaubt er doch, daß irgendwie erhebliche Erkrankungsformen ihnen nicht entgangen sind. So findet er zwei Fälle darunter, wo noch eine Otitis vorhanden war, aber sonst erschienen die Kinder völlig gesund. Sie schuppten nicht mehr ab und konnten mit gutem Gewissen als geheilt entlassen werden. Es ist interessant, daß sieben Kinder nach drei Tagen die Infektion ins Haus hineintrugen. Davon steckte ein Kind, das nach 42 Tagen entlassen war, nach drei Tagen sogleich zwei Kinder wieder an. Dann sind sechs Kinder, welche nach vier Tagen die Krankheit ins Haus hineintrugen; auch hier hat die Entlassung erst nach 42 Tagen stattgefunden. Wir können also behaupten, daß, wenn man die Kinder auch bis zu 42 Tagen zurückbehält, und weiß, daß sie nicht mehr abschuppen, insbesondere keine Nephritis, auch keine krankhaften Absonderungen haben, mit einem Worte, in keiner Richtung Anomalien zeigen, doch noch eine Uebertragung in den Familien stattfindet. So wissen wir wohl, wann der Scharlach anfängt, wir können aber nicht sagen, wann er aufhört. Das lehrt uns, daß wir mit den sechs Wochen, die im Seuchengesetz vorgeschrieben sind, eigentlich noch nicht genug haben; wir sind aber auch nicht einmal in der Lage, dem Gesetzgeber anzugeben, wie lange die Klausur der Kinder im Krankenhause ausgedehnt werden soll, weil wir nicht wissen, wo das Kontagium sich findet. Wenn wir nun von einer Behörde zu einer Antwort aufgefordert werden, wie lange Scharlachkinder in Klausur gehalten werden sollen, so müßten wir eigentlich zu dem Schlusse kommen, daß noch längere Perioden genommen werden, als das Gesetz bisher vorschreibt. Aber wie lange ein Kind im Krankenhause schließlich behalten werden solle, das kann kein Mensch sagen. Es ist nicht möglich, die Kinder so lange im Krankenhause zurückzuhalten, daß man tatsächlich jede Möglichkeit der Uebertragung eines Kontagiums ausschließen kann. Wir werden immer wieder darauf verweisen müssen, wenn wir nach dieser Richtung einen Rat geben

¹⁾ Vortrag in der Pädiatrischen Sektion des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin, 26. Februar 1912.

sollen, der darin besteht, besondere Stationen zu schaffen, wo diese Kinder zunächst untergebracht werden, also Rekonvaleszentenheime für scharlach- wie diphtheriekranken Kinder einzurichten.

Diskussion: P a u l P h i l i p : In einer Familie erkrankten zwei Kinder an Scharlach, acht Wochen nach der Erkrankung des zweiten Kindes erfolgt die Desinfektion der Wohnung, nach der auch die Kommunikation mit den in demselben Hause wohnenden Portiersleuten wiederhergestellt wird. Etwa sechs Wochen später erkrankt die Frau des Portiers an einem Gesichtserysipel und im Anschluß daran an einer Angina, die zuerst als Diphtherie imponiert und die Ueberführung der Patientin ins Krankenhaus veranlaßt. Wenige Tage nach der Entlassung der Frau aus dem Krankenhaus erkrankt ihr Kind an Scharlach. Zu derselben Zeit wird der Portier wegen Blutharnens (Nephritis haemorrhagica?) vom Kassenarzt behandelt. Will man nicht die Erkrankung in der Portierwohnung als eine neue Infektion auffassen, so spricht diese Beobachtung ebenfalls für die lange Tenazität des Scharlachgiftes, ferner aber auch für den Zusammenhang zwischen Scharlachvirus und Streptokokkeninfektion. — E c k e r t : An der H e u b n e r'schen Klinik wurde bei einer Epidemie vor zwei Jahren, bei der wir viele Mischinfektionen zu sehen Gelegenheit hatten, beobachtet, daß durch interkurrente Infektionen (z. B. Masern) die Inkubationszeit des Scharlachs hinausgeschoben wurde. Könnte dies vielleicht eine oder die andere der von B a g i n s k y erwähnten langen Inkubationszeit erklären? Daß Kranke mit einer noch bestehenden Scharlachkomplikation, z. B. Otitis media, noch ansteckungsfähig sind, ist wohl schon öfters beobachtet. Liegen Erfahrungen darüber vor, daß durch desinfizierende Bäder (Schmierseife, Sublimat) die Möglichkeit später Uebertragungen durch sonst gesunde Kinder verringert werden? — H e r b s t : Aus einem der Häuser der Anstalt, in dem gesunde Knaben untergebracht sind, kam ein Junge mit Grippe nach einer Krankenstation, infizierte sich dort mit Scharlach und wurde nach der Scharlachabteilung verlegt, wo er 37 Tage blieb. Darauf kam er in sein Haus zurück, in dem also nur gesunde Kinder waren, und drei Tage später kamen aus diesem Haus zwei Knaben mit Scharlach. Genauer berechnet betrug die Inkubationszeit nur $2\frac{1}{2}$ Tage. Redner fragt B a g i n s k y, wie er die Scharlachfälle auf seiner Diphtheriestation beurteilt. Es wäre wichtig, zu wissen, was man von den Fällen, die auf bestimmten Stationen immer wieder vorkommen, halten soll. Haftet das Kontagium hier an den gesunden und anderswie kranken Kindern, oder haftet es an der Station selbst? Wir haben den Eindruck, daß das letztere der Fall ist. Jedenfalls ist Tatsache, daß wohl ein halbes Jahr lang auf derselben Station ab und zu, oft in langen Pausen, ein Scharlachfall vorkommt. Dasselbe wiederholt sich

dann ein oder einige Jahre später auf einer anderen Station. — Heubner: Ich kann die Erfahrungen, die Baginsky hier mitgeteilt hat, durchaus bestätigen. Ich habe meine Fälle noch nicht zusammenstellen lassen, das kann aber sehr leicht geschehen. Ich kann aber aus der Erinnerung sagen, daß wir diese „Return-Cases“ auch in der Charité haben, und daß die Dauer der Ansteckungsfähigkeit nicht begrenzt ist durch die allgemein als genügend betrachteten sechs Wochen. Ich kann von einem Fall berichten, wo wir nach 43 Tagen ein Kind, das uns von der Ohrenstation eingeliefert worden war, wieder auf die Ohrenstation zurücklegten, als es scheinbar abgeheilt war. Das Kind kam in ein anderes Zimmer jener Station, ganz kurz hinterher erkrankte sein Bettnachbar an Scharlach. Gern hätte ich aus den Mitteilungen Baginsky's etwas mehr über die Zeitdauer, bis zu der die Infektiosität der Scharlachrekonvaleszenten sich erstrecken kann, gehört. Auf der Tabelle sehe ich einen Fall; da scheint diese bis zum 60. Tage zu gehen. Ich habe noch nicht Zeit gehabt, meine Krankengeschichten durchzusehen, ich glaube aber aus der Erinnerung sagen zu dürfen, daß dieser Zeitraum noch überschritten werden kann. Es ist das in der Tat eine Frage, die des eifrigsten Studiums wert ist. Eine sichere Beurteilung der Frage im Einzelfalle ist unmöglich, weil wir eben ja das Virus nicht kennen, also den Genesenen nicht wie bei der Diphtherie daraufhin untersuchen können, ob er noch Virusträger ist. Daß die weit überwiegende Mehrzahl der Fälle, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, keine Heimkehrfälle hervorrufen, das ist zweifellos. Eine ziemlich große Anzahl von Erfahrungen hierüber hat Sørensen veröffentlicht. Nun fragt es sich aber: Wie wollen wir uns dagegen in der Praxis verhalten? Baginsky hat schon betont, daß wir gar nicht imstande sind, die Kinder so lange zurückzubehalten, bis sie sicher oder doch höchstwahrscheinlich nicht mehr infektiös sind. Ich habe schon neulich in einer Diskussion gesagt: Wenn die Rekonvaleszenten bis zur Unschädlichkeit im Krankenhaus behalten werden sollen, dann baue man nur noch eine doppelte Zahl neuer Krankenhäuser. Wir haben keinen Platz dafür. Auch in der privaten Praxis werden die gleichen Erfahrungen gemacht. Es ist uns längst geläufig, daß, wenn die gesunden Kinder aus den Familien entfernt werden, und alles desinfiziert ist und sie dann zurückkommen, so erkranken sie — auch nach einem Zeitraum von sechs Wochen — noch so und so oft. Es wäre erwünscht und interessant, wenn einmal eine Sammelforschung unter allen Aerzten über diese Heimkehrfälle angestellt würde. — Baginsky (Schlußwort): Die Wohlhabenheit ist nicht entscheidend. Ich habe ein Erlebnis hier, das viele Jahre zurückliegt. Da war es so, daß zunächst zwei Kinder an Scharlach erkrankt waren; sie lagen in einer großen schönen Villa, in kleineren Schlafräumen.

Ich habe die Kinder dann von da aus verlegen lassen, weil ich glaubte, daß sie dort nicht hygienisch genug gepflegt werden konnten, in einen großen Musiksaal. Kaum war das erledigt, die beiden Kinder wieder heil, der Musiksaal desinfiziert, als neuerdings ein Kind an Scharlach erkrankte. Trotz günstigster Verhältnisse fing, nachdem das eine Kind fertig war, das andere wieder an. — Ich habe einen kleinen, buckligen Knaben im Krankenhaus behandelt, er ist volle acht Wochen dagewesen und dann geheilt nach Tegel entlassen worden. Nicht lange nach der Entlassung wurde ich zu einer Konsultation einem schweren Scharlachfall nach Hermsdorf gerufen, und da stellte es sich heraus, daß das Hermsdorfer Kind mit dem Tegeler verwandt war und daß Beziehungen zwischen Tegel und dem Hermsdorfer Kinde bestanden, das Hermsdorfer Kind von dem Tegeler Knaben angesteckt war; wahrscheinlich sogar durch direkten Kontakt. — Wie mir bekannt geworden ist, läßt sogar ein auswärtiger Stadtarzt Kinder schon nach der dritten Woche wieder in die Schule gehen, angeblich weil die Kinder nicht mehr infizierten. So divergierend sind also diese Auffassungen nach dieser Richtung hin! Wie gefährlich kann aber diese Auffassung eines Herrn von der Nichtkontagiosität schuppender Kinder werden, wenn er an maßgebender Stelle steht! Ob man durch Bäder die Infektionsgefahr beseitigen kann, kann ich nicht sagen. Unsere Kinder werden selbstverständlich vor der Entlassung gebadet. Wir haben auch die Kleider stets auf das sorgfältigste desinfiziert; es ist also das Möglichste geschehen. Nun komme ich noch auf die Frage der Diphtherie. Der Diphtheriepavillon ist betreffs der Scharlachinfektionen die Achillesferse unseres Krankenhauses. Wir haben von Zeit zu Zeit immer wieder Scharlacherkrankungen darin. Alles mögliche Isolieren, Desinfizieren, alles ist vergeblich gewesen. Es gibt ein paar Monate Ruhe, man denkt, die Sache sei gewonnen, da bricht plötzlich wieder Scharlach aus. Es gibt so jedenfalls ganz besondere Beziehungen zwischen Scharlach und Diphtherie, engere, als wir bis jetzt ahnen, und doch vielleicht nicht nähere als bei den Verbrühungsfällen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 16.)

H. B o n g a r t z : Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach als pathognomonisch zu betrachten? (Aus der Nürnberger Kinderklinik.) Um aus seinen Befunden allgemein gültige Schlüsse ziehen zu können, wäre es natürlich unbedingt nötig, auch das Blut Erwachsener zu solchen Untersuchungen heranzuziehen. Verfasser hofft in nächster Zeit auch darüber berichten zu können. Vorläufig möchte er die Ergebnisse aus seinen Untersuchungen über das Blut der Kinder in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Im Blut der Kinder finden sich weitaus in den meisten Fällen im Protoplasma der polynukleären Leukozyten Einschlüsse, die sich vom Kern durch ein weniger intensives Färbungsvermögen unterscheiden.

2. Zur Zeit fieberhafter Krankheiten scheinen sich diese Einschlüsse zu vermehren, und zwar sind sie in manchen Fällen fast in jedem Leukozyten nachzuweisen.

3. Es ist nicht möglich, diese Einschlüsse im Blut als pathognomonisch für eine Krankheit, also auch nicht für Scharlach, anzusprechen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 45.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Zur Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden. Von Dr. Margret Hilferding - Hönigsberg, Wien. Durch Beobachtung einiger Fälle von Schwangerschaftserbrechen wurde Verfasserin vor mehreren Jahren veranlaßt, sich eingehender mit der Frage der Schwangerschaftsbeschwerden zu beschäftigen. Während die Beschwerden in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ganz allgemein und zwanglos auf Zirkulationsstörungen zurückgeführt werden, gelten als Ursache für die Beschwerden der ersten Hälfte nervöse Einflüsse, innere Sekretion, Toxinwirkung und ähnliches. Dieser Unklarheit der Aetiologie entspricht eine ebenso große Unsicherheit der Therapie. Die Aussichtslosigkeit der bis jetzt versuchten medikamentösen Behandlung ist so allgemein bekannt, daß Aerzte und Patientinnen in gleicher Weise mäßige oder auch nur erträgliche Schwangerschaftsbeschwerden als notwendiges Uebel gelten lassen. Erst in Fällen wirklicher Hyperemesis, wenn der Ernährungszustand der Schwangeren zu leiden beginnt und ihre Beschwerden unerträglich sind, setzt die ärztliche Behandlung ein, die als Ultima ratio die Unterbrechung der Schwangerschaft im Auge behält. Und welche Mittel sind es, die sich in solchen Fällen immerhin bewähren, und wenn auch nicht sichere Heilung, so doch Erleichterung bringen? Bettruhe und Milchdiät. Es sind dieselben Mittel, die wir mit Erfolg auch bei Kompensationsstörungen im Verlaufe von Herz- und Nierenleiden anwenden. Die Erkenntnis dieser Tatsache veranlaßte Verfasserin zu dem Versuche, die Beschwerden der ersten Schwangerschaftsmonate mit den gebräuchlichen Herzmitteln zu behandeln. Verfasserin konnte es um so eher wagen, da ja auch Schwindel und Ohnmachten, die zu den frühesten Schwangerschaftsbeschwerden gehören, darauf hindeuten, daß in den ersten Schwangerschaftsmonaten schon Zirkulationsstörungen vorliegen. Die ersten Versuche fallen in die Sommermonate 1909 und waren so ermutigend, daß Verfasserin diese Therapie an dem ihr zur Verfügung stehenden Kran-

kenmaterial systematisch anwendete. Sie möchte hervorheben, daß sich darunter zumeist schwer arbeitende Frauen, Mütter mehrerer Kinder oder Fabriksarbeiterinnen befinden, bei denen die Verordnung diätetischer Maßnahmen, wie Bettruhe und Milchdiät, von vornherein ausgeschlossen war. Wenn Verfasserin auch anfangs bedauerte, sich auf die rein medikamentöse Therapie beschränken zu müssen, so glaubt sie doch darin die Gewähr zu finden, daß die Erfolge ausschließlich auf Rechnung der angewendeten Therapie zu setzen sind. Zur Behandlung kamen im Jahre 1909 15 Fälle, 1910 31 Fälle, 1911 36 Fälle, also insgesamt 82 Fälle. Da 25 Frauen nur einmal in der Ordination erschienen, sind sie aus der Zahl auszuschneiden; ebenso zwei Fälle, in denen die weitere Untersuchung ergab, daß keine Schwangerschaft vorlag, und ein weiterer Fall, welcher die Verordnung nicht einhielt, also nicht zu den behandelten gezählt werden darf. Verfasserin will nicht unerwähnt lassen, daß alle drei Fälle ungeheilt blieben. Von den 82 behandelten Fällen kommen demnach nur 54 in Betracht. In 15 Fällen fanden die Untersuchungen nur im zweiten und dritten Schwangerschaftsmonate statt, während in 39 Fällen das Bestehen der Schwangerschaft im weiteren Verlaufe bestätigt wurde, und zwar durch Eintritt der Geburt in 17 Fällen, durch Eintritt des Abortus in sechs Fällen, durch Nachuntersuchung in späteren Stadien in 16 Fällen. Die Therapie wurde nicht nur bei schweren Formen angewendet, sondern überall da, wo im Beginne einer bestehenden oder vermuteten Schwangerschaft subjektive Beschwerden in einem Grade bestanden, welche die Patientinnen in ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihrem Wohlbefinden erheblich und dauernd beeinträchtigten. Wo keine andere Klage vorlag als gelegentliches Erbrechen ohne weitere Beschwerden, wurden die Patientinnen auf spontane Besserung verwiesen. Die Therapie mußte mit Rücksicht auf das ambulante Material und das Bestehen der Schwangerschaft eine sehr vorsichtige sein. Ueble Wirkungen zeigten sich nie. Verfasserin verwendete anfangs *Tinct. strophanthi* (5,0—10,0, dreimal täglich 5—9 gtts.), entweder allein oder mit *Tinct. valerianae*, *Tinct. amara* und — bei gleichzeitiger Blutung — mit *Extract. fluid. Hydrastis canadensis*. Von *Digitalis*präparaten wurden anfangs nur *Folia Digitalis* in Pillen zu 0,01—0,02, täglich fünf Stück, niemals über 30 Pillen im ganzen gegeben. In vereinzelten Fällen wurde *Digipuratum* (täglich eine Tablette) und *Digitalis-Spiritus* (Parke, Davis & Co.) mit Erfolg verordnet. Diese Therapie erfuhr seit Juni 1909 keine wesentliche Aenderung. Nur mußte Verfasserin den Gebrauch der *Tinct. strophanthi* seit einem Jahre einschränken, da sie eine abführende Nebenwirkung entfaltete, die zwar von den Patientinnen oft sehr gelobt wurde, manchmal jedoch schon am zweiten oder dritten Tage eine Unterbrechung oder Aenderung der Behand-

lung erforderte. Verfasserin verwendet jetzt zumeist das Digitalisinfus mit Menthol oder Liquor ammonii anisati als Korrigens (0,50—0,75—1,0 : 200,0, täglich fünf Eßlöffel) und ist mit der Wirkung zufrieden. Anfangs verordnete Verfasserin bei Magendruck oder Magenschmerzen neben dem Cardiacum ein Speisepulver, das sie der einfacheren Beurteilung halber später ohne Schaden wegließ. Milchdiät und Bettruhe wurden in einem Falle vor Einleitung der medikamentösen Therapie durch einige Tage, jedoch ohne Erfolg, angewendet. Es war dies ein Fall schwerster Hyperemesis, in dem die Digitalispillen in kürzester Zeit (nach zwei oder drei Tagen) volle Wirkung hatten. In anderen Fällen wurde die auf Bettruhe und Milchdiät bezügliche Verordnung von den Patientinnen nicht eingehalten. Verfasserin will zuerst über die Mißerfolge berichten. Es handelt sich um vier Fälle. Im ersten wurde Tinct. strophanthi ohne Erfolg genommen, eine weitere Behandlung abgelehnt. Die Beschwerden dauerten bis zum Schlusse der Schwangerschaft. Der nächste Fall zeigte 44 Tage nach der letzten Menstruation eine Blutung ohne Schmerzen, die von der Patientin selbst als der Menstruation analog bezeichnet wurde und es fraglich erscheinen läßt, ob eine Schwangerschaft vorlag. In den letzten beiden Fällen fanden sich außer einer Vergrößerung des Uterus keine Schwangerschaftszeichen; beide Fälle kamen nicht mehr zur Untersuchung und die Diagnose muß als unsicher bezeichnet werden. In allen anderen Fällen war die Wirkung eine überraschende. Nach wenigen Tagen schwanden fast alle Beschwerden, und zwar zu allererst das Erbrechen. Der Zeit nach trat die Wirkung ein: nach ein bis drei Tagen in 22 Fällen, nach drei bis fünf Tagen in sechs Fällen, nach fünf bis sieben Tagen in fünf Fällen, nach sieben bis neun Tagen in zwei Fällen; ohne Zeitangabe blieben 15 Fälle. Die Heilung ist in 46 Fällen als eine vollständige zu bezeichnen; in vier Fällen darf Verfasserin von einer erheblichen Besserung sprechen. In drei Fällen von Heilung traten nach einigen Wochen die gleichen Beschwerden neuerdings auf und wurden durch die gleiche Medikation rasch zum Verschwinden gebracht.

(Wiener med. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Pituglandol bei Eklampsie. Von Dr. Krakauer (Brieg). Als grundsätzliches Mittel bei Schwangerschaftseklampsie galt und gilt die möglichst schleunige Entbindung. Nur ist diese Indikation nicht immer leicht und schonend zu erfüllen. In einem schweren Eklampsiefall hat sich Verfasser das Pituglandol bestens bewährt. In der Nacht wurde Verfasser zu der 20jährigen Nullipara gerufen, die angeblich bisher stets völlig gesund gewesen war, kurz zuvor aber, mitten im Schlafe, Krämpfe bekommen habe. Verfasser fand eine sehr kräftig gebaute Frau in völliger Bewußtlosigkeit mit weiten,

starren Pupillen, die von sehr heftigen tonisch-klonischen Zuckungen der Extremitäten und Rumpfmuskeln, welche im Abstand von wenigen Minuten einander folgten, förmlich hin und her geschleudert wurde. Verfasser konnte noch feststellen, daß ein Hängebauch bestand und der Uterusfundus anscheinend zwischen Nabel und Schwertfortsatz die Mitte hielt. Von einer genaueren Untersuchung mußte Abstand genommen werden, da schon die bloße Berührung mit der Hand heftigste Kramp fzuckungen auslöste. Nach Angabe des Ehemannes befand sich die Kranke im sechsten bis siebten Schwangerschaftsmonat. Nach erfolgter Ueberführung ins Krankenhaus wurde versucht, der Krämpfe durch Narkotica Herr zu werden. Morphinum und Chloralhydrat, subkutan und per Klysma, versagten jedoch, auch in größeren Dosen, völlig. Dagegen hatte tropfenweise gegebenes Chloroform den Erfolg, daß nach einigen Atemzügen die starken Zuckungen aufhörten, wenngleich sie bei bloßen Berührungen sich sofort wieder einstellten, ebenso bei Aussetzen des Mittels. In diesem Zustand, an dem auch ununterbrochene hydriatische Packungen nichts änderten, verbrachte die Kranke die Nacht- und Vormittagsstunden. Geburtsvorgänge traten nicht auf. Kindliche Herztöne konnten nicht wahrgenommen werden. Jedoch sprach dieser Umstand noch nicht gegen ihr Vorhandensein, denn jede Untersuchung wurde durch die alsbald dabei eintretenden Zuckungen gestört. Am Nachmittag entschloß Verfasser sich jedoch, die künstliche Entbindung um jeden Preis einzuleiten. In tiefer Chloroformnarkose — um die motorische Unruhe, die immer noch beim bloßen Anfassen einsetzte, zu dämpfen — wurde die Portio eingestellt, was schwierig war, da sie, wohl infolge des Hängeleibs, sehr weit nach hinten oben saß. Sie war spitz, zapfenförmig, fest geschlossen. Nach Eingehen mit einer Sonde entleerte sich Fruchtwasser, dann konnte ein dünner Nélatonkatheter eingeführt werden, der leicht bis in den Fundus glitt. Wider Erwarten traten jedoch in den nächsten zwölf Stunden, während der die Krämpfe an Zahl und Heftigkeit nachließen, so daß nur wenig Chloroform angewandt zu werden brauchte, keine nennenswerten Wehen ein. Denn der äußere Muttermund war nach Ablauf dieser Zeit nur so weit geöffnet, daß die Fingerkuppe ein wenig neben den Nélatonkatheter gelegt werden konnte. Nach wie vor bestand ununterbrochen Bewußtlosigkeit. Nunmehr (6 Uhr morgens) wurde 1 ccm Pituglandol injiziert. Ueber Zahl und Intensität der Wehen bei der bewußtlosen Frau ein Urteil zu fällen, ist schwer. Aber die nun eintretenden Ereignisse legten ein beredtes Zeugnis ab. Nach einer halben Stunde nämlich lag der Katheter geboren zwischen den Schenkeln der Frau, um 8 Uhr, zirka zwei Stunden nach der Einspritzung, war die Geburt eines toten, ausgetragenen Kindes von 51 cm Länge in Schädellage vollendet. Bald darauf kehrte das Bewußtsein zurück.

Wenngleich das Sensorium noch nicht völlig frei war, war die Kranke doch so weit Herrin ihrer Sinne, daß sie sich über ihren Aufenthalt in der Klinik, die Anwesenheit von Aerzten und Schwestern und die erfolgte Entbindung, die sie erst in einigen Monaten erwartet hatte, ausgiebig wundern konnte. Die Plazenta kam spontan. Es erfolgte nicht die geringste Nachblutung. Auffallenderweise war trotz der schnellen Erweiterung der Damm völlig intakt. Anfälle, Bewußtlosigkeit traten nicht mehr auf. Nach wenigen Tagen war die Kranke völlig geheilt, da auch die leichte Temperatursteigerung und der Eiweißgehalt schnell schwanden, und ist es in den seitdem verflossenen sechs Monaten geblieben. Das Kind war wohl entwickelt. Wenn auch leider der Umfang des Schädels nicht gemessen wurde, so war er doch völlig proportioniert und hatte eine der Länge des Kindes vollständig entsprechende Größe. Wann es abstarb, läßt sich ja mit Sicherheit nicht erweisen. Jedoch ist der Tod mit Gewißheit auf die Eklampsie zurückzuführen und nicht auf das Pituglandol, wofür nichts spricht. Ebenso sicher ist, daß dieses Präparat die schnelle und dabei doch schonende, in diesem Falle wohl direkt lebensrettend wirkende Erweiterung der Geburtswege herbeigeführt hat. Denn Eihautstich und Fremdkörperreiz hatten in zwölf Stunden gerade nur eine ganz beginnende Eröffnung des äußeren Muttermundes gezeigt, alles übrige kann nur auf Rechnung des Mittels gesetzt werden. Jedenfalls bildet es eine wertvolle Bereicherung der Mittel für die Behandlung der Eklampsie, wobei um so mehr ins Gewicht fällt, daß es jeder Praktiker unter den ungünstigsten äußeren Verhältnissen leicht und sicher handhaben kann. Schließlich zeigt der Fall noch, daß auch die Chloroformbehandlung der Eklampsie, die auf dem letzten Internationalen Gynäkologenkongresse so viele Gegner gefunden hat, doch noch im Einzelfalle schätzenswerte Dienste leisten kann, wenn sie wohl auch nicht mehr als Methode der Wahl zu gelten hat.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 49.)

Glanduitrin, ein neues Hypophysenextrakt. Von Dr. R. C o h n-Charlottenburg. Verfasser hat in den letzten Monaten einen Hypophysenextrakt benutzt, der von der Firma Dr. Haase & Co., Berlin, hergestellt wird, das Glanduitrin. Dasselbe enthält in 1 ccm 0,2 g des Infundibularteils der frischen Hypophyse. Die Anwendung geschah in subkutanen und intramuskulären Injektionen. Bis auf ein leichtes Brennen, das einige Male an der Injektionsstelle bei subkutaner Anwendung empfunden wurde, war eine lokale Reaktion nicht zu bemerken. Angewandt wurde das Glanduitrin in vier Fällen von Wehenschwäche nach Eintritt des Geburtsverlaufes am Ende der Schwangerschaft und in zwei Fällen von Aborten (im dritten und fünften Monat) zum Zwecke spontaner Erledigung. Das Glanduitrin

wirkte stets prompt. Die Wehentätigkeit kam nach wenigen Minuten (drei bis sechs Minuten) in Gang. Je nach der Geburtsperiode wurde die Geburt durch ein- bis zweimalige Gaben beendet. Mehr Injektionen brauchten nicht gegeben zu werden, sind aber analog der Anwendung höherer Dosen anderer Hypophysenextrakte nicht zu scheuen. Schmerzhafter als in der Norm empfunden wurden nur die ersten Wehen, auf welche dann eine geregelte Wehentätigkeit folgte. Schädigungen der Mutter oder des Kindes kamen nicht zur Beobachtung. Das Glanduitrin steht also in seiner Wirksamkeit den frühern Hypophysenextrakten (Pituitrin, Pituglandol) nicht nach. Sein Anwendungsgebiet findet sich in allen jenen Fällen, wo Hypophysenextrakte ihre Wirksamkeit entfalten, vor allem dient es zur Anregung bzw. Verstärkung schlechter und schwacher Wehentätigkeit.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 48.)

Polylaktol, ein neues Lactagogum, empfiehlt Dr. W. R. Hoerber (Augsburg). Unter Zugrundelegung der Eisensomatose haben die Farbenfabriken Bayer & Co. ein neues Lactagogum hergestellt, das unter der Bezeichnung „Polylaktol“ in den Handel gelangt. Es enthält außer Eisenalbumosen noch Kohlehydrate, Maltose und Gelaktose. H. hat das Polylaktol in der städtischen Mutterberatungsstelle in Augsburg in 43 Fällen ohne Auswahl versucht. Das Präparat wurde von den Müttern ausnahmslos gern genommen und tadellos vertragen. Die Darreichung ist sehr einfach. H. ließ gewöhnlich morgens und abends auf eine Tasse Milch einen gehäuften Kaffeelöffel voll nehmen; in manchen Fällen empfiehlt sich dreimalige Verabreichung. Als Maßstab für die Wirkung des Polylaktols galt die Beobachtung, daß unter Darreichung von Polylaktol fortgestellt werden konnte und daß das Kind dabei gedieh. Selbstverständlich kann das Nichtgedeihen des Säuglings auch von anderen Faktoren abhängen; von solchen Fällen mußte natürlich abstrahiert werden. Die Ergebnisse lassen sich übersichtlich folgendermaßen zusammenfassen: 1. Bei neun Müttern wurde das drohende Versiegen der Milchabsonderung aufgehalten. 2. Sechs Frauen, die ihre Kinder von der Brust absetzen wollten, wurden durch die reichliche Milchproduktion veranlaßt, weiter zu stillen. 3. Zwei leidende, kränkliche Frauen konnten zwei Monate lang die Brust reichen. 4. Bei weiteren neun Frauen war ein sehr gutes Gedeihen des Kindes zu verzeichnen. 5. Bei vier Müttern ließ, nachdem das Polylaktol ausgesetzt wurde, die Milchabsonderung bedeutend, ja bis zur Stillunfähigkeit, nach. 6. In zwei Fällen wurde kein Einfluß beobachtet, in einem anderen auch nicht nach Aussetzen der Darreichung. 7. Keine Besserung zeigte sich bei vier schwächlichen, verdauungskranken Kindern, so daß zur künstlichen Ernährung übergegangen werden mußte. 8. Sechs Müt-

ter entzogen sich der fernerer Beobachtung. — Nach Abrechnung der unkontrollierbaren Fälle verblieben also 37; davon wurden in 30 Fällen (81%) mit der Darreichung des Polylaktols günstige Erfolge erzielt, (Allgem. Mediz. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 35.)

Syphilis.

Fall von syphilitischem Ikterus. Von Regiments-Arzt Dr. E. Brodfield (Garnisonsspital Nr. 15 in Krakau). Oberleutnant K. P., 35 Jahre alt, zugegangen dem Spital am 11. Mai 1912. — Derselbe hat im März 1912 in seinem Hause eine Karlsbader Kur mitgemacht, weil er an Gelbsucht erkrankt war. Bei seiner Aufnahme auf der internen Abteilung bot er folgenden Befund: Mittels groß, mittelkräftig; Herz- und Lungenbefund normal; Haut und Konjunctiven gelblich gefärbt; die Magengegend druckempfindlich. Der Stuhl acholisch, der Harn bierbraun gefärbt, Patient klagt über Hautjucken. Unter diätetischem Regime, Karlsbader Salz und Bäder schwanden langsam die Erscheinungen der Gelbsucht, so daß Patient am 20. Juni mit dem Antrag auf Badegebrauch in Karlsbad entlassen wurde. Der Erfolg hielt aber nicht lange an. Schon am 24. Juni stellte sich ein Schüttelfrost ein, die Temperatur erreichte 39,2°, die ikterische Verfärbung der Haut und Bindehäute trat wieder auf, ohne daß Patient einen Verdauungsfehler begangen hätte. Bei seiner abermaligen Aufnahme bot er folgenden Befund dar: Die Haut und Konjunctiven stark ikterisch, Zunge belegt, Leber druckschmerzhaft, Stuhl acholisch, Harn bierbraun, zeigt beim Schütteln einen gelben Schaum, Appetitlosigkeit, Mattigkeit. Es bestand kein vollständiger Gallengangverschluß, weil neben Bilirubin auch Urobilinogen im Harne nachweisbar war. Die Milz nicht vergrößert. Diese mehrfachen Anfälle von Ikterus unter Schüttelfrost, die Druckschmerzhaftigkeit der Leber, der nur vorübergehende Erfolg der Karlsbader Kur veranlaßten Verfasser, auf Lues zu inquiren. Patient gab zu, vor Jahren eine Sklerose akquiriert zu haben, von der man noch jetzt eine Narbe am Penis merkt. Er habe auch seinerzeit ein makulöses Exanthem auf der Brust gehabt, gegen welches er nur einige Injektionen mit Hg gebrauchte. Die Drüsen waren bei der Untersuchung überall tastbar. Die Sklerose wurde seinerzeit nur mit „Pulver“ behandelt. Verfasser leitete eine Friktionskur à 5 g Hg täglich ein. Schon nach zehn Injektionen begann das ikterische Kolorit abzunehmen, der Appetit hob sich bedeutend. Die Druckschmerzhaftigkeit der Leber verschwand, der Urin wurde weniger braun, der Stuhl begann gelbgefärbte Farbe anzunehmen. Nach 30 Einreibungen und auch in der letzten Zeit vorgenommenen Medikation mit Jodipin per os schwanden alle Erscheinungen des Ikterus und trat vollkommenes Wohlbefinden ein. Der Ikterus rezidierte

bis nun nicht. Der Erfolg der antiluetischen Therapie bestätigte also die Diagnose auf syphilitischen Ikterus.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 43.)

Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita. Von D ü n - z e l m a n n (Leipzig). Die Untersuchungen erstrecken sich auf ein Material von 40 Fällen, bei welchen, da die subkutane und intramuskuläre Methode sich wegen der Gefahr von Nekrosebildung als ungeeignet erwiesen hatte, nur intravenöse Injektionen ausgeführt wurden, und zwar in zehn Fällen stark verdünnte Lösung, in den übrigen 5%ige Lösung, in letzter Zeit 0,1—0,2 Neosalvarsan pro Injektion und bis zu 1,6 Neosalvarsan in neun Injektionen bei einem Kinde. Die Wirkung des Mittels auf die luetischen Symptome war immer sehr auffallend. Das Exanthem und die Papeln verschwanden prompt, nicht so schnell die Rhinitis, Milz- und Lebertumor und Osteochondritis. Besonders stark reagierten vorher schon Infizierte (Bronchitis, Bronchopneumonie). Alle Erscheinungen, welche nach der Injektion eintraten, waren bei den verschiedenen Kindern äußerst wechselnd. Zweimal traten nach der Injektion multiple Hautnekrosen auf. Von 37 intravenös mit Salvarsan oder Neosalvarsan injizierten Kindern starben fünf. Rezidive wurden fünfmal beobachtet. Das Neosalvarsan, in der Wirkung dem Salvarsan gleich, hat den Vorzug schnellerer Löslichkeit und einfacherer Zubereitung, vielleicht auch geringerer Giftigkeit, auch besteht weniger die Gefahr der Nekrose. Die mit Quecksilber kombinierte Behandlung scheint der alleinigen Salvarsantherapie überlegen zu sein.

(84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte 1912.)

Die farblose Schmierkur. Von Dr. A. S c h w e n k in Berlin. Die Behandlung der Syphilis geschieht seit Jahrhunderten mit Quecksilber, und alle Versuche, diese Methode durch eine spezifische völlig zu ersetzen, sind bisher fehlgeschlagen. Auch das von Ehrlich eingeführte Salvarsan stellt ungeachtet aller seiner Erfolge nach der heutigen allgemeinen Auffassung schließlich nur im Verein mit Quecksilber eine bedeutsame Bereicherung unserer Syphilistherapie dar; wir können das Hg nach wie vor nicht entbehren. Die gebräuchlichen Hg-Seifencreme, welche zu „farblosen Schmierkuren“ empfohlen werden, halten gemeinhin nicht das, was man ihnen nachrühmt, aber sie erwiesen sich bei vergleichenden Untersuchungen immerhin als die die Haut am wenigsten färbenden Präparate. Anknüpfend an diese Erfahrungen wurden unter Benutzung der verschiedensten im Handel befindlichen Seifenkörper Quecksilbermischungen hergestellt und bezüglich der Färbewirkung geprüft. Hierbei

konnte festgestellt werden, daß bei Anwendung von Kaliseifen die lästige Hautfärbung zwar etwas geringer in die Erscheinung trat als beim Gebrauch von Natronseifen, aber eine farblose Schmierkur ließ sich auf diesem Wege nicht erreichen. Es war daher erforderlich, zur Ausführung weiterer Versuche, neue Seifengrundlagen darzustellen; dies geschah, indem die Fettkörper, welche sonst zur Bereitung der festen Natronseifen dienen, durch Einwirkung von Kalilauge in weiche Kaliseifen übergeführt wurden. Bei den jetzt angestellten Vergleichen konnte die erfreuliche Tatsache konstatiert werden, daß eine aus Kokosöl dargestellte Hg-Kaliseife alle Nachteile vermeidet, die der offizinellen Quecksilbersalbe anhaften. Dieses neue Präparat wird unter dem Namen Hygralon vom Chem. Institut Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin, in graduierten Glastuben, die eine bequeme Dosierung gestatten, in den Handel gebracht. Verfasser hat das Mittel an seinem poliklinischen Material geprüft und dabei gefunden, daß es in der Wirkung der offizinellen Hg-Salbe in jeder Beziehung gleicht, ohne die Nachteile der letzteren zu besitzen. Auch den manchen Hg-Präparaten anhaftenden Fehler, daß nach längerem Verreiben metallisches Hg aus der Haut herausgepreßt und die Einreibung unwirksam wird, besitzt das Hygralon nicht, was wohl auf einen Zusatz von Glyzerin zu der Seife zurückzuführen ist. Der Gehalt des Hygralon an metallischem Hg beträgt, ebenso wie bei der offizinellen grauen Salbe, 30%. Abgesehen davon, daß die Haut bei der mit Hygralon ausgeführten Schmierkur nicht gefärbt und die Wäsche nicht unbrauchbar gemacht wird, hat die Anwendung des Präparates noch den Vorteil, daß die Einreibungen infolge der überaus leichten Verteilbarkeit viel kürzere Zeit in Anspruch nehmen und dadurch weniger anstrengend sind. Die leichte Verteilbarkeit ist überhaupt eine Forderung, die wir unbedingt an alle Quecksilbersalben stellen müssen, weil nach unserer heutigen Anschauung die Hauptwirkung durch Verdampfung des auf die Haut gebrachten Hg und durch Resorption des Gases durch die Haut und die Lunge herbeigeführt wird. Nun ist aber naturgemäß die Ueberführung des Hg in den gasförmigen Zustand um so intensiver, je größer die Verdunstungsoberfläche ist, d. h.: Bei gleichem Gehalt an Hg ist diejenige Quecksilbersalbe am wirksamsten, die am dünnsten ist und sich am besten auf einer möglichst großen Hautfläche verteilen läßt. Die Anwendung des Hygralon geschieht am zweckmäßigsten wie folgt: Die bestimmte Dosis des Präparates wird in möglichst dünner Schicht aufgetragen, die einverleibende Hand mit warmem Wasser angefeuchtet und das Hygralon so lange auf der Haut verrieben, bis es vollständig aufgenommen ist.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1912 Nr. 22.)

Tuberkulose.

Latent verlaufende tuberkulöse Meningitiden. Von H. B a r b i e r (Paris). So dankenswert ohne Zweifel die Aufschlüsse gewesen sind, welche die pathologische Anatomie der Medizin geliefert hat, so rächt es sich allmählich doch, daß wir dieser Spezialdisziplin den Rang der ausschließlich Kontrolleuse zuerkannt haben. So kam es, daß alles, was nicht in ihren Bereich fiel, als nicht vorhanden angesehen wurde, und daß die Forschung sich selber der Kenntnis und Erkenntnis aller nicht obduzierbaren Krankheitszustände beraubte. Auf diese Weise entstand das Axiom: alle tuberkulösen Meningitiden sind tödlich. Daß dem tatsächlich nicht so ist, hat vor kurzem B e r n h e i m auseinandergesetzt, und ihm tritt nun auch B a r b i e r bei. Nach ihm gibt es eine ganze Reihe von tuberkulösen Reizzuständen der Hirnhäute, welche klinisch unter bestimmten Symptomen verlaufen und wieder abklingen. Erst eine spätere Obduktion beleuchtet retrospektiv die damaligen Ereignisse. Zu diesen unbestimmten Symptomen gehören: Erbrechen, Krämpfe, neuralgische Beschwerden, oft von radikulärem Charakter. Solche Patienten bedürfen absoluter Ruhe; Bäder, Exzitantien und dergleichen sind vom Uebel. M m e. G i r a r d - M a n g i n fügte diesen Mitteilungen noch einige eigene Beobachtungen bei, in denen bei drei derartigen Patienten eine stimulierende Behandlung den Exitus nach sich gezogen hatte.

(Bull. med. 1912 Nr. 56. —

Fortschritte der Medizin 1912 Nr. 47.)

Ueber kongenitale Tuberkulose. Von A. Dietrich (Aus der Pathologisch-anatomischen Anstalt des Krankenhauses Charlottenburg-Westend). Eine Frau mit allgemeiner Aussaat von Tuberkulose, ausgehend von Lungenvenentuberkeln, bringt drei Tage vor ihrem Tode ein frühgeborenes Kind zur Welt. In der Plazenta ist zwar mikroskopisch Tuberkulose nicht festgestellt, doch die Anwesenheit von Tuberkelbazillen durch Antiforminverfahren nachgewiesen. Das Kind entwickelt sich, niemals mit der Mutter in Berührung gebracht, unter künstlicher Ernährung ganz gut, erliegt aber nach nahezu drei Monaten einer schweren allgemeinen Tuberkulose. Es fragt sich nun, in welcher Weise der Uebergang der Tuberkelbazillen von der Mutter auf das Kind erfolgte. Nach den S c h m o r l'schen Untersuchungen, der neunmal unter zwanzig Plazenten tuberkulöser Frauen Tuberkel im Plazentargewebe fand, ist von allen neueren Untersuchern eine Plazentartuberkulose als notwendige Voraussetzung eines Uebertritts vom mütterlichen in den kindlichen Organismus angesehen worden. Der Uebergang ist in zweierlei Weise möglich, indem verkäste Herde die Zotten einschließen und in die kindlichen Gefäße einbrechen, oder indem bei der Geburt durch Zerrungen und

Zerreißen Plazentartuberkel des mütterlichen Teiles eröffnet werden und sich in die kindliche Blutbahn entleeren können; hierbei würde nicht einmal eine manifeste Tuberkulose notwendig sein, sondern die reichliche Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Blut könnte bei der Herstellung der Kommunikation zwischen mütterlichem und kindlichem Organismus genügen. Wir müßten also eine intrauterine Infektion von einer Infektion intra partum unterscheiden, doch ist dies im Einzelfall wohl niemals durchführbar, und wir müssen auch bei obiger Beobachtung mit beiden Möglichkeiten rechnen. Bei der Schwere der mütterlichen Erkrankungen und der direkten Aussaat in das Blut seitens der Gefäßtuberkel ist sicher anzunehmen, daß die Einschwemmung der Tuberkelbazillen in den kindlichen Organismus eine sehr reichliche war; trotzdem hat sich das Kind ganz leidlich entwickelt und volle zwölf Wochen gelebt. Es reiht sich somit der Fall den von Rietschel und Sitzenfrey beschriebenen an, die ein Vierteljahr und länger am Leben blieben. Da es bei der Tuberkulose experimentell erwiesen ist, daß die Schwere einer Infektion und die Schnelligkeit des Verlaufes von der Menge der infizierenden Bazillen abhängt, abgesehen von der Virulenz und Lokalisation der Infektion, so darf wohl von obigem Falle geschlossen werden, daß eine minder schwere Infektion des Kindes, bei geringeren Graden der Plazentartuberkulose, wie sie häufig beobachtet ist, eine noch weit längere Lebensdauer ermöglichen könnte. Die Abgrenzung Rietschel's, daß nach sechs Monaten eine Säuglingstuberkulose nicht mehr als kongenital, sondern als extrauterin erworben angesehen werden muß, ist zweifellos eine willkürliche; denn sie erfolgt unter der Voraussetzung, daß eine Säuglingstuberkulose unbedingt ungünstig verlaufen muß. Das ist aber durchaus nicht notwendig; so zeigt z. B. Ibrahim, daß Säuglinge, die auf Tuberkulin reagieren, über das erste Lebensjahr frei von Krankheitserscheinungen bleiben können. Freilich wird, je älter das Kind wird, desto schwieriger sein, extrauterine Infektionsquellen mit Sicherheit auszuschließen, und somit werden Beobachtungen, die, wie obige, keine Lücke in der Entstehungsgeschichte der kindlichen Erkrankung bieten, immer seltener werden. Aber eben diese Schwierigkeit, einen exakten Beweis zu führen, zeigt, daß das Vorkommen der kongenitalen Tuberkulose nicht auf die wirklich greifbaren Fälle beschränkt sein kann, sondern daß auch dort, wo zwar die Möglichkeit eines anderen Infektionsweges nicht zu widerlegen ist, andererseits ebenso gut mit der kongenitalen Uebertragung gerechnet werden darf. Wir können ja auch bei so vielen anderen Infektionskrankheiten nicht jedesmal den Weg des Krankheitskeimes exakt bestimmen, sondern müssen die verschiedenen Wahrscheinlichkeiten abwägen. Einen Fingerzeig gibt oft die Ausbreitung der Tuberkulose; so sehen wir in obigem Falle die Lymph-

drüsen der Leberpforte befallen, welche dem fötalen Blutstrom der Nabelvene am nächsten gelegen sind. Auch die Beobachtungen der kongenitalen Tiertuberkulose geben die Vorliebe dieser Lokalisation an. Hierbei sei erwähnt, daß den Tierärzten, die bei dem Material großer Schlachthäuser reiche Gelegenheit zu exakter Beobachtung haben, der Begriff der kongenitalen Tuberkulose ein längst gewohnter ist. Die Bedeutung der Tuberkulose des Säuglingsalters wird in letzter Zeit mehr und mehr erkannt. Verfasser weist z. B. auf die Anschauungen hin, die Behring entwickelt hat. In den großen Mortalitätsstatistiken spielt sie zwar gegenüber der Tuberkulose der Erwachsenen noch eine geringe Rolle, doch ist zu berücksichtigen, daß in der Mehrzahl der Fälle, die auf dem Obduktionstisch zur Beobachtung kommen, die klinische Diagnose nicht auf Tuberkulose gestellt wird. Unter den Kindersektionen des ersten Lebensjahres, die Verfasser in den letzten Jahren ausgeführt hat, wurde in 10,5% Tuberkulose gefunden, die Häufigkeit nahm mit der Zahl der Lebensmonate dabei zu. Höher war allerdings die Sterblichkeit der Kinder an Tuberkulose im zweiten Lebensjahr mit 15,8% der Todesfälle, und sie erreichte im dritten Jahr 29,8%. Doch möchte Verfasser aus dieser Steigerung keine Schlüsse ziehen, da die Ziffern der Gesamtmortalität der einzelnen Lebensjahre zu verschiedene waren. Bricht sich aber die Erkenntnis weiter Bahn, daß die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit nicht erst bei der Spätform, der Phthise der Erwachsenen einsetzen muß, sondern der Kindertuberkulose besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden hat (F. Wolff), so sollten auch die frühesten Formen der tuberkulösen Infektion, wie diejenigen, die in die uterine Zeit oder in die Geburt verlegt werden müssen, mehr als bisher unter die Möglichkeiten, mit denen zu rechnen ist, aufgenommen werden. Ein überkritischer Skeptizismus, der z. B. als kongenitale Tuberkulose nur manifeste Fälle der ersten 14 Tage anerkennen möchte, führt zu nichts, denn ein gleich kritischer Maßstab wird an die anderen, vielleicht möglichen Infektionsweisen entfernt nicht angelegt. Aus der mitgeteilten Beobachtung soll kein Dogma geformt oder gestützt werden, aber wenn sie dazu anregt, in geeigneten Fällen den auseinandergesetzten Infektionsmodus zu erwägen und dadurch vielleicht weiteres Material zu sammeln, so würde das erreicht sein, was ein Einzelfall zur Förderung der Erkenntnis beitragen kann.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 19.)

Zur Beseitigung der Schluckbeschwerden bei Larynxerkrankungen. Von Prof. V. Hinsberg (Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Breslau). Verfasser möchte auf eine Methode aufmerksam machen, die es dem Patienten

ermöglicht, ohne jedes Hilfsmittel sofort das Anästhesin bzw. Orthoform zu applizieren. Es genügt, wenn er eine entsprechende Dosis, zirka 0,3—0,4 g, trocken auf die Zunge schüttet und trocken schluckt, ohne hinterher zu trinken. Das Medikament lagert sich dann, wie man im Kehlkopfspiegel feststellen kann, meist an der Stelle des Hindernisses, das in der übergroßen Mehrzahl der Fälle durch Infiltrate oder Ulzerationen am Larynxeingang — also an Epiglottis, Aryknorpeln und den aryepiglottischen Falten — gegeben ist, ab. Schon nach wenigen Minuten tritt meist eine so vollkommene Anästhesie ein, daß der Patient ohne Beschwerden schlucken kann. Die Nebenerscheinungen — zuerst leichtes Brennen, dann etwas pelziges Gefühl auf der Zunge — sind, wie Verfasser durch Versuche an sich selbst feststellen konnte, so geringfügig, daß der Patient nicht dadurch belästigt wird. Vor allem wird der Geschmack der Speisen kaum beeinträchtigt. Dieses Verfahren hat in weit über 100 Fällen ausgezeichnete Dienste geleistet, es versagt selten und wohl nur dann, wenn die schmerzende Stelle nicht am Larynxeingang, sondern im Kehlkopfinneren liegt, wohin das Pulver beim Schuckakt naturgemäß nicht gelangt. In der angegebenen Dosis kann das Mittel täglich drei- bis viermal mehrere Wochen ohne schädliche Nebenwirkungen gegeben werden. Auch ein Nachlassen der anästhesierenden Wirkung durch Gewöhnung konnte Verfasser nur selten feststellen. Erwähnt sei noch, daß bei schmerzhaften Anginen oder peritonsillären Abszessen sowie nach Mandeloperationen durch diese „Schluckpulver“ häufig eine wesentliche Erleichterung gebracht wird.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 53.)

Tumoren.

Ein einfaches Hilfsmittel zur Differentialdiagnose zwischen Aszites und schlaffen Ovarialzysten. Von Dr. Arthur Dienst (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik Leipzig). Es gibt Krankheitsfälle, in denen man trotz aller diagnostischen Hilfsmittel nicht mit Bestimmtheit sagen kann, ob Aszites oder ein schlaffer Ovarialtumor vorliegt. Wenn nun eine solche Frau sich nicht zu der vom Gynäkologen vorgeschlagenen Probelaparotomie entschließen kann, so bleibt schließlich dem praktischen Arzte nichts anderes übrig, als die Frau von ihren Erstickungsgefahren durch Punktion zu befreien. Aber auch dann kann man noch durch die aus dem Sekret richtig gestellte Diagnose helfend eingreifen, wofern diese nicht auch jetzt noch Schwierigkeit bereitet. Es gibt nämlich Fälle von Kystomen, deren Sekret ohne weiteres dem Auge als Aszitesflüssigkeit imponiert, und ebenso Fälle von Aszites mit chylöser Beimischung, wo man aus dem Sekret die Diagnose auf ein dünnflüssiges Pseudomuzinkystom

stellen würde. In solchen zweifelhaften Fällen hat Verfasser öfters folgendes einfache Verfahren als diagnostisches Hilfsmittel mit Erfolg angewandt, das er jedem praktischen Arzt empfehlen möchte. Ausgehend von der Tatsache, daß im Aszites stets Fibrinogen vorhanden ist, d. h. eine durch konzentrierte Kochsalzlösung fällbare Eiweißsubstanz, niemals aber im Kystominhalt, hat man nur nötig, die Flüssigkeit in ein durchsichtiges Fläschchen resp. Reagenzglaschen aufzufangen und dann in die Flüssigkeit bis zu einem Drittel ihres Volumens Kochsalz einzustreuen. Bildet sich, nach der Auflösung des Salzes, beim Stehenlassen der Flüssigkeit, ein flockiger Niederschlag, so handelt es sich um Aszites, mag die Flüssigkeit auch noch so täuschend einem Kystominhalt ähnlich sehen, und die Laparotomie unterbleibt; bildet sich aber kein Niederschlag, so ist jedenfalls Aszites nicht vorhanden und der Fall unbedingt zur Probelaparotomie geeignet. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 50.)

Ueber ein neues Mittel zur Bekämpfung der Krebskrankheit. Von Dr. Krause (Rawitsch). In jahrelang dauernder Versuchszeit hat Verfasser die Feststellung machen können, daß bestimmte chemische Verbindungen einen sichtlichen Einfluß auf den Verlauf der Krebskrankheit haben können. Verfasser hat schließlich aus verschiedenen Verbindungen (u. a. Ameisensäure Salze in Kombination mit dem Fluidextrakt einer Papaveracee) ein Mittel hergestellt, das er „Diablastin“ nennt und das er selbst und eine Reihe von Kollegen bei Krebskranken anwenden. Verfasser ist sich bewußt, daß jedes neue Krebsheilmittel einem gewissen Mißtrauen begegnet, und mit Recht, denn er weiß nur zu gut, wie oft unsere Erwartungen getäuscht worden sind. Vor allem kamen Irrtümer in der Diagnose vor; es wurden Fälle von Heilung als Karzinomfälle hingestellt, bei deren Nachprüfung es sich ergeben hat, daß es sich gar nicht um Karzinome handelte. Daher hat Verfasser es für seine Pflicht gehalten, die Diagnose der von ihm behandelten Fälle von berufener Seite vor der Behandlung nachprüfen zu lassen. Ebenso hat er eine Anzahl dieser nachgeprüften Fälle wiederum nach einer längeren Behandlung begutachten lassen und auf diese einwandfreie Prüfung gestützt, stellt er unter Anführung einiger Krankengeschichten die Behauptung auf, daß „Diablastin“ einen zweifellos günstigen Einfluß auf das Karzinom ausübt. Eine ganze Reihe von Fällen zeigt den gleichen Verlauf, nämlich Rückgang der Geschwulst, Hebung des Allgemeinbefindens, Nachlassen der Schmerzen. Es ist natürlich ohne weiteres klar, daß nicht jedes Karzinom auf ein Mittel reagiert; die einzelnen Fälle sind auch normalerweise zu verschiedenartig in ihrem Verlauf und befinden sich bei Beginn der Behandlung in zu mannigfach verschiedenen Stadien, als daß irgend ein Mittel ein

einheitliches Ergebnis haben könnte. Indessen haben fast alle mit „Diablastin“ behandelten Fälle eine Besserung aufzuweisen; eine Beobachtung, die auch von den Kollegen gemacht wurde, die das Mittel in konsequenter Weise anwandten. Verfasser selbst läßt es sich angelegen sein, das Mittel noch zu vervollkommen, und ist mit dahingehenden Versuchen zurzeit beschäftigt; aber da es auch in seiner jetzigen Gestalt gute Erfolge zeitigt, glaubte er es der Allgemeinheit nicht länger vorenthalten zu dürfen und empfiehlt seine Nachprüfung und Anwendung besonders bei inoperablen Karzinomen. Er resümiert sich also: „Diablastin“ ist:¹⁾

1. vollkommen unschädlich; noch niemals sind Schädigungen irgend welcher Art beobachtet worden;
2. indiziert bei sämtlichen inoperablen Karzinomen;
3. anzuwenden bei allen Karzinomen, bei denen die Patienten eine Operation verweigern;
4. nach allen Karzinomoperationen wochenlang regelmäßig anzuwenden, um eventuellen Rezidiven vorzubeugen.

Das Mittel wird innerlich verabreicht, und zwar viermal täglich ein Teelöffel in einem Weinglase Milch oder schleimiger Suppe. (Allgem. med. Zentral-Zeitung 1913 Nr. 4.)

Ulcus cruris.

Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris. Von Dr. S a a r (München). „Es ist in letzter Zeit wiederholt darauf hingewiesen worden, so von Z e l l e r, K r e c k e, K a h r, daß sich das Cycloform, der Isobutylester der p-Amidobenzoësäure, zur Behandlung schmerzhafter Ulcera cruris ganz besonders eigne. Seit Jahr und Tag benutze ich dieses Mittel, und habe durchweg nur Günstiges von ihm gesehen. In manchen Fällen war die Wirkung geradezu zauberhaft. Eine Frau z. B., die Tag und Nacht vor Schmerzen keine Ruhe fand — sie hatte an der inneren Knöchelgegend kleine Ulcera der oben-erwähnten Art — wurde, nachdem schon alles Mögliche probiert war, mit einem Schlage von ihren Qualen durch die Anwendung des Cycloforms befreit. Derartige Fälle könnte ich eine ganze Reihe aufzählen. Bei der Anlegung des Wundverbandes wurde im allgemeinen so vorgegangen: Die erkrankten Stellen wurden zunächst gründlich gereinigt, meist mit Wasserstoffsuperoxyd, und dann Cycloform pur in dünner Schicht aufgestreut. Aus ökonomischen Gründen wurde auch eine Mischung mit Amylum im Verhältnis von 1 : 2 benutzt. Ist die ganze Wundfläche gleichmäßig damit bestreut, so wird Kompressenstoff aufgelegt, der dick mit Lanolin oder Eucerin, welch

¹⁾ Diablastin ist erhältlich im Chem. Laboratorium von Dr. M. Heim, Charlottenburg Westend, Königin Elisabethenstr. 51.

letzteres ich vorziehe, bestrichen ist. K a h r empfiehlt die Selbstherstellung einer 10% Salbe der Formel: Cycloform 10,0, Ol. oliv. 30,0, Paraff. sol. 3,0, Vas. flav. 100,0. Das Cycloform soll dabei separat auf dem Wasserbad in Olivenöl gelöst werden, das Paraffin eigens in der Vaseline, und dann die beiden Mischungen unter Umrühren erst vereinigt werden. Diese Prozedur ist etwas umständlich für den Arzt. Ich habe gefunden, daß das einfache Ueberstreichen der mit Cycloform bestreuten Wundflächen mittels Lanolin oder Eucerin den gleichen Zweck erfüllt. In dem durch die Körperwärme flüssig gewordenen Fett kann sich das Cycloform auflösen und in die tieferen Schichten der Ulcera eindringen. Die schmerzstillende Wirkung des Cycloforms tritt im allgemeinen schon nach wenigen Stunden ein und ist ziemlich protrahiert, bis zu 24 Stunden. Der Verbandwechsel erfolgt anfangs zweimal täglich, später genügt es, ihn nur alle paar Tage vorzunehmen. Irgendeine Nebenwirkung, Hautreizung oder dergl., konnte ich bis jetzt nie beobachten. In der Richtung scheint das Cycloform dem Anästhesin und Orthoform sehr überlegen zu sein. Von einem besonderen Einfluß auf die Wundheilung selbst habe ich mich im Gegensatz zu anderen Autoren nicht überzeugen können. Die Granulationsbildung, Epidermisierung etc. läßt sich ja durch Zusatz bewährter Antiseptica steigern. Der Hauptwunsch aller Beinkranken ist zunächst, schmerzfrei und dadurch arbeitsfähig zu werden. Diesem Ziel sind wir durch Einführung des Cycloforms ein gut Stück näher gekommen. Denn seine schmerzstillende Wirkung wird der Parktiker anerkennen müssen und das Mittel um so mehr schätzen lernen, da es offenbar keine Nebenerscheinungen verursacht und in der relativ langen Dauer der Anästhesie ein weiterer Vorzug zu erblicken ist. Es versteht sich von selbst, daß trotz Cycloform der Ausführung kunstgerechter Kompressions- und Gehverbände die größte Sorgfalt gewidmet werden muß.“

(Allgem. med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 50.)

Verrucae.

Verschwinden sämtlicher Warzen nach Röntgenbehandlung einer kleinen Anzahl derselben. Von Dr. L. Halberstädter (Berlin). Nach Beobachtungen steht es fest, daß sowohl flache wie harte Warzen spontan verschwinden können, wenn ein Teil von ihnen mit dem scharfen Löffel, durch Elektrolyse, durch Röntgen- oder Radiumbehandlung beseitigt worden ist. Einen Fall, der hierher gehört, der sich aber in seinem Verlauf recht eigenartig verhielt, gibt Verfasser hier wieder. Frau B. leidet seit vielen Jahren an einer reichlichen Aussaat plateauartiger, flacher Warzen an beiden Händen, besonders an der rechten Hand. Alle im Laufe der Jahre angewandten Behand-

lungsmethoden waren erfolglos geblieben, nur eine ganz tief gehende Aetzung hatte an einer Stelle eine Warze mit nachfolgender Keloidbildung zum Verschwinden gebracht. Versuche mit Elektrolyse, Resorzkollodium, Formalin, Kohlensäureschnee, die Verfasser noch in letzter Zeit unternahm, hatten gar keine Wirkung. Zur Probe hatte Verfasser dann am 10. Juni einen kleinen, strichförmigen Warzenherd an der rechten Hand, der im Anschluß an eine Nadelritzung entstanden war, mit Röntgenstrahlen behandelt, und zwar mit $\frac{1}{3}$ Erythemdosis bei einem Härtegrad von $5\frac{1}{2}$ des Bauer'schen Qualimeters. Am 17. Juni wurde dieselbe Stelle und noch ein kleiner Herd derselben Hand in gleicher Weise mit $\frac{1}{2}$ Erythemdosis bestrahlt. Die Umgebung der betreffenden Stellen war ganz exakt mit Bleifolien abgedeckt worden, so daß nur die beiden isolierten Herde von den Strahlen getroffen werden konnten. Am 26. Juni war der zweimal bestrahlte Herd ganz leicht gerötet, und zwar nur die warzig veränderte Stelle, während der mitbestrahlte normale Hautbezirk der nächsten Umgebung zunächst keine Reaktion erkennen ließ, sich aber in der Folgezeit ziemlich stark pigmentierte. Wegen dieser leichten Reaktion der bestrahlten Warzen hat Verfasser weitere Bestrahlungen nicht mehr vorgenommen. Nun trat ein recht eigenartiger und für die Patientin unangenehmer Verlauf ein. Die zuerst bestrahlten Warzen wurden weiterhin stärker gerötet und bedeutend prominenter, dabei bestand ein erhebliches Jucken. Einige Zeit später fingen auch die zu zweit bestrahlten Warzen an, in derselben Weise, wenn auch erheblich schwächer, zu reagieren. Dabei erwähnt Verfasser nochmals, daß Rötung und Schwellung, sowie die später eintretende Schuppung nur auf die Warzen selbst beschränkt blieb, während die normale Haut der bestrahlten Bezirke nur eine Pigmentierung — die Patientin ist brünett — aber keinerlei entzündliche Veränderungen erkennen ließ, daß also keine Ueberdosierung oder Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen vorlag. Nachdem dieser Zustand einige Zeit lang bestanden hatte, traten allmählich sämtliche anderen Warzen, nicht nur die mit Blei abgedeckten derselben, sondern auch die völlig außerhalb des Strahlenbezirkes befindlichen der andern Hand, in einen Zustand entzündlicher Reaktion. Alle Warzen wurden hochrot, schwellen an und überragten das Niveau der Haut viel stärker als vorher, auch früher kaum auffallende Exemplare machten diese Reaktion mit. Dabei bestand an allen Stellen ein lästiges Jucken, so daß Patientin mit Recht sehr deprimiert war. Erst nach einigen Wochen, Ende August, ging die eigenartige Reaktion allmählich zurück, und im Anschluß daran schwanden erfreulicherweise die Warzen vollständig, sowohl die bestrahlten, wie die unbestrahlten, an beiden Händen. Ende September war alles zurückgebildet, manche der abgeheilten Warzen hatten Pigmentflecke hinterlassen, die be-

strahlten Hautpartien zeigten noch leichte Röntgenpigmentierung. — Die eigenartige hier beobachtete Reaktion, wie sie in dieser Weise noch nicht beschrieben worden ist, gibt eine Erklärung für das Verschwinden der Warzen nach Behandlung eines Teiles derselben. Wälsch zieht zur Erklärung dieses Phänomens die Experimente Kreibich's heran, nach denen unter bestimmten Umständen durch einen Hautreiz Veränderungen angioneurotischer Natur an einer symmetrischen Stelle auftreten können. Der durch die Behandlung einer Warze gesetzte entzündliche Reiz überträgt sich nach Wälsch als vasomotorischer Reflex im Sinne Kreibich's auf die andere Seite und bewirkt dort das allmähliche Verschwinden der Warzen. Diese Erklärungsmöglichkeit muß zugegeben werden, wenn sie sich auch nur auf annähernd symmetrisch gelegene Warzen der anderen Seite erstrecken könnte, während doch auch ganz unsymmetrisch gelegene Warzen derselben Seite verschwinden. Plausibler erscheint es bei Berücksichtigung des beobachteten Falles, daß bei dem Zugrundegehen einer Warzengruppe unter der Behandlung spezifische Substanzen frei werden, die, in die Zirkulation gelangend, bei sämtlichen gleichartigen Gebilden eine Reaktion nach Art der Tuberkulinreaktion auslösen, die eine heilende Wirkung zur Folge hat. Warum gerade die Röntgenbehandlung in diesem Falle den erwähnten Effekt hatte, während alle anderen Methoden versagten, entzieht sich der Beurteilung, es ist aber sehr leicht möglich, daß jede andere erfolgreiche Behandlung einzelner Warzen dasselbe Resultat geben kann, wenn auch die reaktiven Vorgänge an den übrigen Warzen nicht immer so sinnfällig in die Erscheinung treten wie in dem vorliegenden Falle. (Dermatolog. Wochenschrift 1912 Nr. 50.)

Heilung der Verrucæ planæ durch Salvarsan. Von Dr Heinrich Loeb, Chefarzt der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Mannheim. Verfasser schreibt: „Es ist bereits eine Reihe von Krankheiten verschiedenster Aetiologie bekannt, die durch Salvarsan günstig beeinflußt werden. Bei drei Erkrankungen des Menschen, Recurrens, Frambösie und der Rattenbißkrankheit in Japan, erfolgt die Heilung vielfach durch eine einzige Injektion. Ich möchte hier eine weitere Affektion anführen, die durch Salvarsan äußerst günstig beeinflußt wird und in zwei (von drei) Fällen mittels einer einzigen Injektion zur dauernden und vollständigen Heilung gebracht wurde: die Verrucae planae (juveniles). Diese aus kosmetischen Gründen zu behandelnde Affektion läßt sich bei der großen Anzahl der einzelnen Effloreszenzen mechanisch nicht immer leicht beseitigen. Es mußte daher häufig zu innerer Arsenmedikation geschritten werden, die in einzelnen Fällen aber versagte oder länger dauernde Anwendung des Medikamentes bis zur Heilung

erheischte. In anderen Fällen war die Einwirkung des Arsens erfolgreicher, und dieser Umstand veranlaßte mich schon im Juni 1910, und nach dem günstigen Verlaufe späterhin bei zwei weiteren Patienten, Salvarsan dafür in Anwendung zu ziehen. Fall 1. Frl. F., 26 Jahre alt, Krankenschwester; Gewicht 57 kg. Seit längerer Zeit bestehende typische multiple Verrucae planae beider Handrücken; neuerdings treten diese auch im Gesicht, am Kinn, intensiv auf. In der rechten Wange ein erbsengroßer, pigmentierter Lentigo. — Erythromelie der unteren Extremität, von den Nates an. 13. Juni 1910, 10 Uhr vormittags Injektion von 0,26 Salvarsan = 0,005 pro kg Körpergewicht in alkalischer Aufschwemmung intraglutäal. 14. Juni. Verrucae sukkulenter, gerötet; einige neue Effloreszenzen. 16. Juni. Verrucae noch etwas sukkulent. 19. Juni. Verrucae in Rückbildung, Gesicht nahezu frei. 21. Juni. Die alten Verrucae aufgesaugt, stellenweise mit Hinterlassung eines schmalen, krausenförmigen Schuppen-saumes. Die später aufgetretenen Effloreszenzen flacher, aber noch vorhanden. 28. Juni. An den Streckseiten der Fingergelenke noch etwas flache, polygonale Felderung. 2. Juli. Alles abgeheilt ohne Hinterlassung irgend eines Restes. 28. November 1912. Briefliche Mitteilung: Es ist bis jetzt — seit 2½ Jahren — alles weggeblieben und hat sich nichts weiter gezeigt, weder Flecke noch Narben. Nur die kleine Warze der rechten Wange (Lentigo) besteht noch fort.

Fall 2. Frl. W., 21 Jahre alt. 14. September 1911. Urticaria seit zwei Monaten. Seit Sommer 1910 zunehmend, zahlreiche Verrucae planae, besonders auf der linken Wange und um das Kinn; weniger zahlreich an der Stirn. Mehrere Lentigines des Gesichts. 3. Oktober. Urticariarezidiv. 23. Oktober 9 Uhr vormittags ambulant 0,45 Salvarsan alkalisch, venös. 10 Uhr Erbrechen, Diarrhoe, Kreuzschmerz; Urin frei. 24. Oktober. Etwas müde; Kreuzschmerz; sonst reaktionslos; kein Fieber. 26. Oktober. Heute Nacht akute Schwellung der Rücken- und Nackenhaut; heute früh ist auch das ganze Gesicht geschwollen, die Augenlider ödematös, können nicht geöffnet werden. 27. Oktober. Rücken abgeschwollen; Gesicht besser; auch Kreuzschmerz geringer. 30. Oktober. Schwellungen völlig geschwunden; Rezidiv von Urticaria. Verrucae abgeflacht. 6. November. Verrucae noch weiter rückgebildet, aber noch deutlich sichtbar. 15. November. Inzwischen wieder Urticaria; die Verrucae des Gesichts fangen an, als polygonale Knötchen wieder deutlicher hervorzutreten, auch in größerer Zahl. Sol. Fowleri. 19. Dezember. Alte Effloreszenz flacher; neue aufgetreten. 29. Dezember. Alles in Rückbildung. 6. Februar 1912. Effloreszenzen völlig abgeheilt. Ohne Pigment. 28. November 1912. Alle Verrucae planae restlos geschwunden; Lentigines bestehen noch.

Fall 3. Karl St., 15 Jahre alt. Seit drei bis vier Monaten unzählige Verrucae planae über die Stirn, Gesicht, besonders auch untere

Wangenhälfte und Kinn verbreitet. — Seborrhoea oleosa. — An den Streckseiten der Finger mehrere vulgäre Warzen. 19. Oktober 1912. 6 Uhr abends ambulant Neosalvarsan IV : 60 aqua venös. 20. Oktober. Absolut reaktionslos. 24. Oktober. Verrucae der Stirn gänzlich geschwunden, an Wangen und Kinn sehr abgeflacht. 29. Oktober. Gesicht völlig frei. 2. November. Effloreszenzen restlos verschwunden. Die Warzen der Finger bestehen unverändert weiter.

Wir sehen also, daß bei zwei Patienten mit einer relativ kleinen Salvarsandose, mit einer einzigen Einspritzung Heilung der Verrucae planae in einigen Tagen erzielt wurde, ohne daß irgend ein Rest der Effloreszenzen oder Pigmentierung zurückblieb. Der zweite Fall lag ungünstiger; es wurde zwar deutliche Rückbildung hervorgerufen, aber kein völliges Verschwinden erreicht und ein baldiges Rezidiv nicht verhindert. Vielleicht hat das lange Bestehen der Affektion (1 $\frac{1}{4}$ Jahr) diese widerstandsfähiger gemacht. Infolge der Schwellungen, die wohl durch die urtikarielle Disposition der Patienten verursacht waren, sah ich von einer zweiten Salvarsanbehandlung ab. Die Wirksamkeit des Salvarsans trat sowohl bei der alkalischen intramuskulären Injektion, als auch bei der intravenösen Einverleibung sowohl von Altsalvarsan als Neosalvarsan zutage. Besonders augenscheinlich ist der Effekt der geringen Dose der intramuskulären Aufschwemmung. — Am wenigsten zuverlässig war der Einfluß des Altsalvarsans (intravenös). Bei der Bequemlichkeit, welche die intravenöse Therapie den Patienten gegenüber der lokalen oder inneren Behandlung bietet, dürfte die intravenöse Salvarsanbehandlung an erster Stelle gegen Verrucae planae zu empfehlen sein. Es trifft dies um so mehr zu, als ja bei der Luessalvarsantherapie zeitweise immer noch auftretenden Neurorezidive bei nichtsyphilitischen Erkrankungen nicht zu befürchten sind und die Ausbildung der Technik, Vermeidung des Wasserfehlers, Verminderung der Wassermenge, Anwendung des reizlosen Neosalvarsans, die einmalige Injektion als völlig gefahrlos erscheinen lassen. — Daß die vulgären Warzen von der Therapie unbeeinflusst bleiben, läßt auch hier wiederum wahrscheinlich werden, daß die Verrucae planae mit diesen Gebilden nichts zu tun haben und als affectio sui generis zu betrachten sind.

(Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 4.)

Vermischtes.

Therapeutische Erfahrungen über „Uzara“. Von O. Hirz (Städtisches Krankenhaus in Harburg). Dem freundlichen Entgegenkommen der Uzaragesellschaft Melsungen verdankt Verfasser es,

daß ihm eine größere Menge Uzara sowohl in Tabletten, wie in Liquorform zur Verfügung gestellt wurde, um im hiesigen Krankenhaus weitgehenden Gebrauch davon zu machen. Es ist Verfasser eine angenehme Pflicht, über die teilweise glänzenden Erfolge berichten zu dürfen und ein Bedürfnis, Uzara der Aertzewelt zur weitgehendsten Anwendung warm zu empfehlen. Die Beobachtungen erstrecken sich vorwiegend auf drei Indikationsgebiete von Uzara:

1. Diarrhöen verschiedenen Grades und Ursprungs.
2. Magenschmerzen und Darmkoliken.
3. Dysmenorrhische Beschwerden, insbesondere die Beeinflussung des Wehenschmerzes beim graviden Uterus.

Diese therapeutischen Versuche bestätigen durchaus die bisherigen Erfahrungen über die hervorragenden Eigenschaften von Uzara als Antidiarrhoikum, und bringen neue Beweise für seinen unvergleichlichen Wert als schmerzlinderndes Antispasmodikum. Das Versagen von Uzara bei tuberkulösen Durchfällen war bereits bekannt, und die Mißerfolge bei septischen Diarrhöen deuten darauf hin, daß die Wirkung von Uzara keine unbegrenzte ist. Aber diese Tatsache ist keineswegs imstande, den Fortschritt in Frage zu stellen, den Uzara für die Therapie bedeutet, umsoweniger, als auch Opium gegen solche Zustände meist machtlos ist. Daß ein neurotrop wirkendes Medikament bei schwerer Organschädigung und bei septischen Zuständen versagen kann, erscheint durchaus erklärlich. Es kann selbstverständlich der Reiz eines Giftes auf die motorische Abwehrfunktion des Darmes so intensiv sein, daß ein noch so starker Gegenimpuls auf den Hemmungsmechanismus des Darmes nicht mehr imstande ist, den Reiz zu paralysieren. Auch kann durch eine schwere Erkrankung der Darmwand und durch allgemeine Intoxikation das zentrale und periphere Nervensystem, vor allem das gegen Infektionsgift sehr empfindliche Splanchnikusgebiet, so schwer geschädigt sein, daß auch der stärkste neurogene Reiz keine Wirkung mehr entfalten kann. Die geringe Zahl von Versuchen bei septischen Diarrhöen braucht aber keineswegs die Unzulänglichkeit von Uzara bei solchen Fällen zu beweisen, vielleicht gelingt es durch höhere Dosen oder durch subkutane Injektion, die bislang noch nicht möglich ist, einen energischeren Effekt zu erzielen. Aus den prompten Erfolgen in allen anderen Fällen geht unzweideutig die Zuverlässigkeit der Uzarawirkung bei Diarrhöen verschiedenen Ursprunges hervor, die ohne jede unangenehme Nebenwirkung erfolgt, sondern sich im Gegenteil durch ihren tonisierenden Charakter mit einer Hebung des Allgemeinbefindens kombiniert. Am meisten überraschte die oft frappante Beeinflussung von enterogenen Schmerzen und dysmenorrhischen Beschwerden, und Verfasser steht nicht an, dieser hervorragenden Eigenschaft von Uzara eine mindestens ebenso hohe Be-

deutung beizumessen als der Wirkung gegen Diarrhöen. Besonders Patientinnen waren oft entzückt von dem raschen und sicheren Erfolg und verlangten spontan bei erneuten Schmerzanfällen nach Uzaratropfen. Es ist nicht wahrscheinlich, daß diese Wirkung bei Magengeschwüren und Darmkoliken durch lokal anästhesierende Stoffe zustande kommt, wir müssen vielmehr annehmen, daß auch sie der Ausdruck der spezifisch neurotrophen Eigenschaft der Uzaradrogen ist, wodurch Enteralgien, die in der größten Mehrzahl spasmogen sind, durch Aufhebung krampfhafter Kontraktionen der glatten Muskulatur zum Schwinden gebracht werden. Bei der Beeinflussung von dysmenorrhöischen Beschwerden mögen außerdem noch besonders für die Regulation der Blutung, die vasotonischen und digitalisartigen Eigenschaften von Uzara von Bedeutung sein. Der große therapeutische Fortschritt dieser Anwendung scheint besonders darin zu liegen, daß es möglich ist, ohne Narkotika und ohne Lähmung von Nerven und Muskulatur, Schmerzen und Koliken zu beseitigen. Von großem Interesse ist die geradezu glänzende Beeinflussung des Wehenschmerzes, die Verfasser in zwei Fällen beobachten konnte. In einem Falle sah er ein promptes Nachlassen von unerträglichen Wehenschmerzen, ohne daß die Wehen zum Stehen kamen; sie wurden vielmehr nicht mehr so schmerzhaft empfunden, anscheinend weil ein Krampf der Uterusmuskulatur vermieden wurde und durch den Gegenimpuls eine Regulation der Wehenstärke erfolgte. Diese Tatsache eröffnet die Aussicht, daß es einmal möglich wird, mit Uzara wehenberuhigend und schmerzlindernd in der Geburt zu wirken, ohne die Funktion der Uterusmuskulatur zu lähmen, und ohne daß der Verlauf der Geburt dadurch eine Verzögerung erfährt. Nach diesen günstigen Erfahrungen muß auch Verfasser die Uzaramedikation als einen wirklichen therapeutischen Fortschritt begrüßen und sie allen medizinischen Kreisen zur weitgehenden Anwendung warm empfehlen. Ihre Domäne ist nicht nur die Bekämpfung der Diarrhöe, sondern ebenso sehr die Beseitigung kolikartiger Enteralgien, der Dysmenorrhoe und aller Folgezustände krampfhafter Kontraktionen der glatten Muskulatur. Die hervorragenden pharmakodynamischen Eigenschaften von Uzara eröffnen der medikamentösen Therapie ungeahnte Indikationsmöglichkeiten, und es wäre zu begrüßen, wenn durch vielseitige Anwendung nicht nur die seitherigen Erfahrungen bestätigt, sondern auch noch neue Indikationen gefunden würden.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Ueber die Afridolseife. Von R. Müller (Elberfeld). Schoeller und Schrauth haben einen neuen Weg zur Herstellung einer medikamentös und antiseptisch wirkenden Quecksilberseife eingeschlagen, indem sie versuchten, das Subli-

mat, das infolge chemischer Zersetzung im Seifenkörper beträchtlich an Wirksamkeit verliert, durch eine gleichwertige Quecksilberverbindung zu ersetzen, in der jedoch das Quecksilber komplex, das heißt nicht als Ion gebunden sein sollte, um irgendwelche Reaktionen des Quecksilberions mit der Seife und eine Zersetzung des fertigen Produktes, also den Verlust an Desinfektionskraft, von vornherein auszuschließen. Auf Grund der Untersuchung zahlreicher organischer Hg-Verbindungen fiel die Entscheidung zugunsten des oxyquecksilber-o-toluylsauren Natrons aus, das sich ferner als geeignet erwies, das Sublimat in den Quecksilberseifen derart zu ersetzen, daß der lange gehegte Wunsch nach einer desinfizierenden Seife, welche höchste Desinfektionskraft mit dauernder Haltbarkeit vereinigt, erfüllt werden konnte. Die so hergestellte Seife ist die Afridolseife, welche 4% der genannten Quecksilberverbindung enthält und deren Grundseifenkörper zu etwa 85% aus gesättigten Fetten besteht. Das oxyquecksilber-o-toluylsaure Natrium besitzt schwach alkalische Reaktion. Von Pilzkrankheiten wurden eine Reihe von Fällen von Trichophytien mit Afridolseife behandelt. Es befanden sich darunter die verschiedensten Formen, von dem einfachen Herpes tonsurans squamosus und dem mit etwas akuterem Entzündungserscheinungen verlaufenden Herpes tonsurans vesiculosus bis zu Fällen von Herpes tonsurans des behaarten Kopfes, die erst durch Abszeßbildung kompliziert zur Behandlung kamen, und daran schließen sich unmittelbar die Fälle von Sycosis parasitaria an. Sowohl bei dem ätiologisch als Mikrosporie anzusprechenden Herpes tonsurans capillitii der Kinder, als auch der Makrosporie, der Sycosis parasitaria und den als Herpes tonsurans der unbehaarten Körperstellen anzusprechenden Trichophytien wirkte die Afridolseife so vorzüglich, daß es gelang, die Erkrankungen durch ihre Anwendung zur Abheilung zu bringen, daß selbst auf die Epilation verzichtet werden konnte. Von besonderer Wirksamkeit ist die Afridolseife bei den verschiedenen Akneformen, von der Acne vulgaris bis zur Acne indurata und pustulosa. Ohne Darreichung innerer Präparate wie Ichthyol, Hefe usw., unter Verzicht auf die Anwendung ätzender Schälpasten gelingt die Beseitigung von Komedonen und Aknepusteln durch einfaches Waschen der betreffenden Körperteile mit Eintrocknenlassen des Schaumes über Nacht meist nach ein- bis zweiwöchiger Behandlung. Bei der juvenilen Akne pflegten nach Monaten hin und wieder Rezidive aufzutreten, die aber ebenso prompt und schnell durch Afridolseife beseitigt werden konnten. Auch bei der konstitutionellen Akne (bei Chlorosen, Magendarmerkrankungen usw.) war die Wirkung der Afridolseife auffallend schnell. Zweifellos dürften bei den meisten Akneerkrankungen ätiologisch, wenn auch sekundär, bakterielle Momente in Betracht kommen. Ebenso vorzüglich ist die Wirkung der

Afridolseife bei Furunkulose, was ja bei ihrer hohen antibakteriellen Wirksamkeit leicht verständlich ist. Die Afridolseifenanwendung bewirkte hier nicht allein das rasche Zurückgehen von entzündlicher Infiltration, sondern verhinderte auch das Auftreten neuer furunkulöser Herde. Wie bei der Furunkulose erklärt sich wohl die ausgezeichnete Wirksamkeit der Afridolseife beim impetiginösen Ekzem, wie es in typischer Form beim Ekzem des Kopfes ex pediculosi bei Kindern auftritt, aus der bakterientötenden Kraft gegenüber dem *Staphylococcus pyogenes aureus* in erster Linie, ohne daß aber M. darin das einzige wirksame Moment sehen möchte. Diese Ekzeme kommen, da die Pediculosis hier eine häufige Erscheinung ist, sehr zahlreich zur Behandlung; wegen ihres infektiösen Charakters wurde früher in ausgedehntem Maße weiße Präzipitatsalbe dagegen angewandt. Deren Gebrauch konnte seit Benutzung der Afridolseife wesentlich eingeschränkt werden. Nach gründlicher Reinigung des Kopfes, eventuell Kurzschneiden der Haare, Abweichen und Ablösen der Krusten wird die erkrankte Fläche mit Afridolseife eingerieben, und den Schaum läßt man eintrocknen. In der Mehrzahl der Fälle genügt die Durchführung dieser Behandlung zur Beseitigung der impetiginösen Ekzeme. Die Afridolseifenbehandlung ist dabei viel bequemer als die Salbenbehandlung; während früher die Kinder in der Sprechstunde häufig verbunden werden mußten, was die Mütter zum regelmäßigen Besuch der Sprechstunden zwang, kann die Behandlung vielfach jetzt zu Hause durchgeführt werden und bedarf nur der ärztlichen Ueberwachung. Durch die Ersparnisse an Verband- und Salbenmaterial ist die Behandlung des impetiginösen Ekzems mit Afridolseife nicht viel teurer als die Salbenbehandlung, so daß ihre Anwendung hierfür empfohlen werden kann. Den impetiginösen Ekzemen steht das seborrhoische Ekzem nahe, so das Ekzema seborrhoicum sterni, bei dem die Afridolseife ebenfalls ausgezeichnet wirksam ist, namentlich bei chronischen Fällen, welche vielfach der Psoriasis ähneln. Wirksam ist sie bei allen Fällen von Seborrhoe, so auch bei „Kopfschuppen“. Bei der Psoriasis selbst hat M. Dauererfolge durch Afridolseife nicht gesehen, wohl aber auffällige vorübergehende Besserungen. Dazu kommen überhaupt die Vorteile der Seifenbehandlung: Ersparen der Verbände, Vermeiden der Salbenschmiererei, daher Anwendbarkeit ohne Berufsstörungen, auch auf Reisen usw.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 12.)

Perkussionshammer mit Maßstab und Sensibilitätsprüfer.

Nach Dr. Erich Ebstein (Leipzig). Der neue Perkussionshammer ist aus Metall gefertigt und wiegt zirka 55 g. Der Stiel ist etwa 17 cm und der Hammer selbst inklusive der Gummikappe 6 cm lang. Der Rücken des Hammerstieles ist gerade gestaltet und zwecks Vornahme

von Messungen mit einem Zentimetermaß versehen. Dieses ist zweckentsprechend doppelseitig angebracht, so daß es 1. besonders zur Bestimmung der sogenannten Lungenschallfelder nach Kroenig — zwecks Erkennung der beginnenden Lungentuberkulose — benutzt werden kann, 2. zur Bestimmung der Herzgröße, 3. der Leberhöhe, 4. der Milzgröße und 5. zur Ausmessung von Narben, Wunden usw. Die Spitze der eingeschraubten — zirka 4 cm langen — mit einem etwas zugespitzten Sondenknopfe versehenen Nadel ist geeignet zu einer genauen Sensibilitätsprüfung auf „spitz“; die Sondenkuppe zur gleichen Prüfung auf „stumpf“. Außerdem kann mit dieser Kuppe bequem und einwandfrei die Auslösung der Bauchdeckenreflexe sowie des sogenannten Babinski'schen Reflexes erfolgen. Der in dem Hammer selbst eingefügte Haarpinsel — zwecks Schonung mit einer Arretierung versehen — kann zu feinen Berührungen bei der Sensibilitätsprüfung verwandt werden. Der Perkussionshammer ist im ganzen zu Auslösung der Kniesehnenreflexe, sowie aller übrigen Reflexe geeignet und ermöglicht einwandfrei die Prüfung der Motilität. Mithin ist das neue Instrument ein Reflex- (oder Motilitäts-) und Sensibilitätsprüfer. Das Ende des Hammerstiels kann außerdem, wenn man es mit dem Sondenknopfe beklopft, zur Ausführung der sogenannten Heubner'schen Stäbchen-Plessimeterperkussion verwandt werden. Fabrik: Bernhard Schädel, Leipzig, Georgiring 6 b. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 43.)

Bücherschau.

Ratgeber in Diätfragen für Gesunde und Kranke. Von A. Vogeler. Braunschweig, J. Neumeyer. Preis geb. Mk. 4. 50. Zahlreiche Vorschriften, die Verfasser in seinem Sanatorium Braunlage seit Jahren selbst erprobt hat und die den behandelnden Aerzten als Unterlage für ihre Verordnungen dienen sollen. Eine verdienstvolle Arbeit, die wir mit Dank begrüßen. Alle Krankheiten sind berücksichtigt, der Diät bei Kindern ein größerer Abschnitt gewidmet. Das Büchlein wird dem Praktiker ein guter Berater sein. E. Grätzer.

Analytisches Diagnosticum. Von E. Kraft. Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig. Preis M. 10. —. Wenn ein Buch mit Recht die Marke „Aus der Praxis für die Praxis“ trägt, so ist es dieses, das rein praktische Ziele verfolgt, uns kurz und klar die chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden von Harn, Auswurf, Magensaft, Blut, Kot usw.

vorführt und in Wort und Bild — das Buch weist 142 Abbildungen und 4 farbige Tafeln auf — vortrefflich zu unterrichten versteht.

E. Grätzer.

Nun hat in seinem (bei Georg Müller-München erschienenen) Asteroiden-Roman „**Lesabéndio**“ Paul Scheerbart auch diesem Jahre, wie durch die ebendort veröffentlichten, hier schon gepriesenen „Astralen Novelletten“ dem vorigen, sein größtes Werk geschenkt. Ein herrliches, jeden Menschen, der es recht genießt, unsagbar bereicherndes Buch; gleich groß an seelisch-geistigen, wie rein-artistischen Ausdrucksformen, einen Weltanschauungs-Roman, der im Lebenswerke des Dichterphilosophen die vorläufige Krönung darstellt. Scheerbart hat stets die Erde geflohen; diesmal baut er sein Wunderreich auf dem „Pallas“ auf, ein Reich, das an Buntheit und Formenfülle alle Gemälde übertrifft. Ein Reich mit wundervoll plastischen Landschaften, mit Riesenbauten und ungeahnten Prospekten wie Maschinen; aber auch mit Menschen, mit erträumten Fabelwesen, die weit über das Irdische hinausgekommen und doch der irdischen Problematik noch keineswegs entfremdet sind. Freilich nur, soweit der Dichter diese Problematik als kosmisch-wertvoll, als allgemein-symbolkräftig ansieht; und so findet der Denkende und Suchende, außer den für Scheerbart stets unwichtigen erotischen, alle Ideen und Fragen angeschnitten, findet er physikalische und metaphysische, psychologische, sozial-ethische und künstlerische Probleme in den Stoffkreis einbezogen und mit einer Mühelosigkeit gelöst, wie sie nur einem unerschütterlich-idealistischen Schöpfergenie als bewältigt vor-schweben können. Eben dieser durch keine Lebensnöte zu ver-sehrende, von der Liebe zum allbeherrschenden Weltgeiste berauschte Idealismus ist nicht der geringste zeugungsfähige Wert dieses Werkes, das in einzigartiger Phantasiekraft, in wundervoller Kunst der Gestaltung von Landschaften, Menschen und Handlungen, sowie in unvergleichlicher sprachlicher Meisterschaft seine weiteren größten Tugenden besitzt. Schon angesichts der unsäglich traurigen Tatsache, daß bei uns so viele 50jährige Dichter der vorzeitigen künstlerischen Senilität oder verrannten Sterilität anheimfallen, ist es erhebend, den niemals beendeten, von Rückschritten wie inneren Stillständen gleich freien Aufstieg dieses 50jährigen zu genießen, der nach Rilkes schönem Worte in Wahrheit als „Der Leiseste von allen“ durch den oft entweihten Tempel deutscher Kunst wandelt.

Fr. Gr.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich:
San.-R. Dr. E. Grätzer, in Friedenau-Berlin.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-R. Dr. Eugen Graetzer** in **Friedenau-Berlin.**

Verlag von Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.

XXII. Jahrgang

Nr. 11.

August 1913

Originalarbeit.

Wie soll der praktische Arzt die Psoriasis behandeln?

Von Prof. Dr. M a x J o s e p h in Berlin.

Die großen Erfolge, welche wir den neueren physikalischen Heilmethoden verdanken, sind auch an der Schuppenflechte nicht spurlos vorbeigegangen. Ganz besonders hat die Röntgentherapie sich einen wichtigen Platz in der Behandlung der Psoriasis errungen, der heute von keinem Praktiker mehr übersehen werden kann. Gegenüber den später zu besprechenden medikamentösen Behandlungsmethoden hat die Strahlentherapie den großen Vorzug der Sauberkeit und Bequemlichkeit, so daß die Patienten meist von ihr sehr befriedigt sind. Allerdings ist in jedem Falle Vorsicht am Platze. Indes kann bei einiger Aufmerksamkeit keine Schädigung vorkommen. Wenn man sich besonders der von F r a n k S c h u l t z eingeführten fraktionierten Behandlungsweise bedient, ist jede Gefahr einer Ueberdosierung und darauffolgenden Hautschädigung beseitigt. Man bestrahlt jede erkrankte Fläche das erste Mal mit einer $\frac{1}{3}$ Erythemdosis. Erst nach acht Tagen wird die gleiche Stelle mit einer zweiten $\frac{1}{3}$ Erythemdosis behandelt und nach einem weiteren Zwischenraum von 14 Tagen folgt das letzte Drittel. Der Einfluß auf die einzelnen Psoriasisfälle ist ein sehr verschiedener. Zuweilen hört schon nach einer Bestrahlung die Schuppenbildung auf und die geröteten Flecke verschwinden wie weggeblasen. Das zuweilen bei der Psoriasis bestehende nicht unerhebliche Juckgefühl wird schnell beseitigt. Allerdings gibt es auch Fälle genug, die sich hiergegen refraktär verhalten und wo man weitere Bestrahlungen vorsehen muß. Alsdann mache man es sich zur Regel, immer drei bis vier Wochen vergehen

zu lassen, bevor man einen neuen Turnus beginnt. Besonders angenehm ist für die Patienten mit der Psoriasis an der Stirnhaargrenze, wie schnell man diese erhebliche Entstellung durch Röntgenstrahlen beseitigen kann. Rezidive kommen natürlich auch bei dieser genau wie bei jeder anderen Behandlungsweise vor. Ja zuweilen stellen sie sich ein, kaum daß ein Behandlungsturnus beendet ist.

Für diese und viele andere Fälle, wo eine Röntgentherapie nicht gewünscht wird oder ein geeigneter Apparat nicht zur Hand ist, bewährt sich immer noch am besten das von *Balmanno Squire* im Jahre 1878 in die Praxis eingeführte *Chrysarobin*. Dasselbe wird aus dem Goa-Powder gewonnen. Dieses wiederum befindet sich in der Höhlung eines brasilianischen Baumes (*Andira Araroba*) und enthält außer zirka 17% Holzfaser 60—70% *Chrysarobin*. Wir verwenden dasselbe am besten in Form einer 2—5 oder 10%igen *Traumaticin*-(Auflösung von *Guttapercha* in Chloroform) Mischung. Die Einwirkung dieses Medikamentes durch die oft ziemlich starke Schuppenauflagerung ist aber eine sehr langsame. Daher empfiehlt es sich, die Behandlung zunächst damit zu beginnen, daß man im warmen Seifenbade mittelst einer kräftigen Bürste die Schuppen entfernt. Erst dann trage man mit einem Borstenpinsel auf jede einzelne Psoriasiseffloreszenz die *Chrysarobin*lösung auf und bemühe sich, die gesunde Haut möglichst zu schonen. Es empfiehlt sich, diese *Chrysarobin*schicht etwa fünf bis sechs Tage auf dem Körper zu belassen. Dann nimmt der Patient ein Reinigungsbad, und es werden von neuem die kranken Stellen mit *Chrysarobin* eingepinselt. Diese meist schnelle Beeinflussung der Psoriasis ist nur leider oft mit einem erheblichen Nachteil verbunden. Es werden durch das Medikament sowohl die Haut, wie die Körperwäsche stark verfärbt, ja aus letzterer sind die Flecken überhaupt nicht mehr zu entfernen. Die auf der Haut entstandene bräunlich rote Verfärbung bildet sich allerdings nach einiger Zeit von selbst zurück oder kann durch fleißiges Waschen mit Zitronensäure zum Ablassen gebracht werden. Indes trotz dieser nicht zu unterschätzenden Nachteile ist die *Chrysarobin*behandlung stets einzuleiten, wo es auf eine schnelle Beseitigung der Erkrankung ankommt, selbst in weit ausgebreiteten Fällen ist schon in einigen Wochen eine Heilung zu verzeichnen. Dies zeigt sich dadurch an, daß anstatt des früheren Erkrankungs-herdes sich nun eine weiße, glatte Stelle präsentiert, welche sich scharf von der durch das *Chrysarobin* braun verfärbten Umgebung abhebt. Bei stark inveterierten Plaques, wo wir allerdings auch durch die Röntgentherapie oft ein überraschend schnelles Verschwinden konstatieren können, hat *Dreuw* den glücklichen Gedanken gehabt, das *Chrysarobin* mit Salizylsäure und Teer zu kombinieren.

Hierdurch sehen wir oftmals eine schnellere Beeinflussung der Krankheitsherde erfolgen. Man verordnet:

Rp. Acid. salicylic.	10,0
Chrysarobini	
Ol. Rusci ana	20,0
Sapon. virid.	
Vaselin.	ana ad 100,0.

Diese Salbe wird einen bis drei Tage eingepinselt. Die Stellen müssen gut verbunden werden, damit die Wäsche nicht beschmutzt wird. Sowie ein Reizung eintritt, hat man die entzündeten Stellen mit Borvaseline einzufetten und geht erst zur erneuten Behandlung vor, sobald die Entzündung völlig geschwunden ist. Oft sind die Erfolge hiermit recht befriedigend.

Für die Psoriasis des Gesichts und des behaarten Kopfes können wir aber das Chrysarobin nicht anwenden, da es unangenehme Augenentzündungen hervorruft und die Haare grün verfärbt. Hier empfiehlt sich als Ersatz das von Jarisch eingeführte Pyrogallol. Man verwendet es als 5—10%ige Salbe, welche allabendlich mit einem Borstenpinsel auf die erkrankten Stellen aufgetragen wird, um morgens mit warmem Wasser und Seife entfernt zu werden. Nur bei der Psoriasis des behaarten Kopfes empfiehlt es sich, vor der Salbenanwendung die Schuppen durch alkalischen Seifenspiritus zu beseitigen. Man verordne Spirit. saponat. kalin. 200,0 (Sapon. virid. 100,0 solve leni calore in spir. vini rect. 200,0, filtra et adde Ol. Lavandul., Ol. Bergamott. ana 3,0). Hiervon verreise sich der Patient jeden Abend etwa zwei bis drei Eßlöffel auf die Kopfhaut, spüle mit warmem Wasser die Seife ab, und beginne, nachdem der Kopf abgetrocknet ist, die Pyrogallolbehandlung. Auch hier muß man natürlich, sobald eine Reizung erfolgt ist, mit der Behandlung aufhören. Man fette die irritierten Stellen mit Vaseline ein, um später wieder mit der Pyrogallolbehandlung fortzufahren.

Am langsamsten wird die Psoriasis durch die offizinelle 10% weiße Präzipitatsalbe oder die sogenannte Lagosasalbe (Hydrarg. praec. alb. 2,0, Acid. carbol. liquefact., Balsam. peruvian. ana 5,0, Ungt. lenient. ad 100,0) beeinflußt und doch möchte ich diese bei einer großen Reihe von Patienten empfehlen, bei welchen es sowohl auf dem Körper wie auf dem behaarten Kopfe darauf ankommt, den Kranken so wenig als möglich zu belästigen. Es ist überhaupt notwendig, nicht jeden Fall von Psoriasis gleichmäßig nach der Schablone zu behandeln, sondern zu individualisieren. Es gibt eine ganze Reihe von Psoriatikern, welche nur wenige Flecke auf ihrem Körper haben. Läßt man hier zwei bis dreimal die Woche ein warmes Bad, eventuell mit Zusatz von 200,0 weißem Bolus nehmen und öfters weiße Präzipitatsalbe gebrauchen, so tritt in kurzem Heilung ein. Andere Male

belästigt die Schuppenflechte den Kranken durch eine Reihe subjektiver und objektiver Symptome so ungemein, daß hier eine schnell wirkende Behandlungsmethode am Platze ist.

In diesem Falle versäume ich auch nicht, neben der lokalen Behandlung innere Mittel zu verwenden. Unter diesen steht in erster Reihe das Arsen. Statt der, wie mir scheint, schwer resorbierbaren Fowler'schen Lösung verwende ich die arsenige Säure, und zwar gebe ich von einer $\frac{1}{2}\%$ Lösung (Sol. acidi arsenicosi 0,25 : 50,0) dreimal täglich drei bis zehn Tropfen in einem Weinglas Wasser verdünnt nach dem Essen (Acidum arsenicosum pro dosi 0,005! pro die 0,02!). Von den asiatischen Pillen (Acidi arsenicosi 0,5, pulver. Piper. nigr. 5,0, Gummi arabici 1,0, Aq. dest. s. u. f. pil. Nr. 100) beginne ich mit einer Pille täglich und steigere jeden vierten Tag um eine Pille, bis acht Pillen erreicht sind. Dann bleibt man eine Zeitlang hierbei, bis die Psoriasis sich zurückzubilden beginnt, und geht wieder langsam bis zur Anfangsdosis zurück. Man beobachtet übrigens nicht selten, daß sich im Anfange der Arsenbehandlung Jucken einstellt, welches aber bald wieder nachläßt. Wo von seiten des Magens das Arsen nicht vertragen wird, machen wir Injektionen von Natrium arsenicosum (0,1 coque cum Aqua bis dest. 10,0). Man kann jeden Tag eine Pravaz'sche Spritze subkutan injizieren und sieht mitunter schon nach 20 bis 30 Injektionen eine auffällig schnelle Wirkung. Da aber häufig die Psoriasis fettleibige Personen befällt, so ist hier eine Entfettungskur dringend anzuraten. Ob man zu diesem Zwecke eine vegetabilische Kost empfiehlt oder Thyreoideatabletten verordnet, wird von dem einzelnen Falle abhängen. Ich verwende nicht ungern die letzteren und verbinde sie zugleich mit Arsen. Ich lasse morgens und abends je eine Thyreoideatablette nehmen von der schwächsten Dosis der bekannten Firma Burroughs Wellcome & Co. und gebe einmal täglich fünf Tropfen der oben genannten $\frac{1}{2}\%$ -arsenigen Säure. Man muß dies einige Wochen durchführen und oft sieht man neben einer langsamen ohne irgend welche Störung einhergehenden Abnahme bald das Psoriasiskleid abfallen.

Durch den Gebrauch von Bädern werden diese Behandlungsarten verhältnismäßig nur wenig unterstützt. Doch empfiehlt es sich zuweilen, solche Patienten nach Schlangenbad oder Kreuznach zu senden. In den schwersten Fällen ist das Bad Leuk in der Schweiz an der Gemmi am Platze, wo die Patienten stundenlang im Wasser sitzen und hierdurch eine reichliche Mazeration der Epidermis bewirkt wird. Doch ist auch hier neben der Badekur nachts eine Salbenbehandlung durchaus am Platze.

Ich habe mich bemüht, in großen Zügen auseinanderzusetzen, wie der Arzt einen Psoriasiskranken ohne Störung seiner Berufspflichten oder sonstige starke Belästigung in kurzem von seiner Affektion be-

freien kann. Wir besitzen aber kein Mittel, um den Kranken vor Rezidiven zu schützen. In diesem Sinne ist, wenn wir auch die einzelnen Krankheitsschübe ziemlich schnell beseitigen können, die Affektion doch als unheilbar zu bezeichnen.

Ein Fall von Eklampsie post partum.

Von Dr. Gumtau in Spandau.

Am 30. Dezember 1912 wurde ich zu einer 21jährigen, dem Mittelstande angehörigen Erstgebärenden gerufen. Um 3 Uhr nachmittags wurde ein kräftiges, lebendes Kind spontan geboren. Um 3³/₄ Uhr erfolgte kurz nach der durch Credé'schen Handgriff bewirkten Ausstoßung der Nachgeburt ein starker eklamptischer Anfall, dem bis 10 Uhr vormittags des 31. Dezember 1912 noch 5 weitere folgten. Das per os und rektal verabfolgte Chloralhydrat hatte keinen Erfolg und wurde bald von der Wöchnerin verweigert. Von den ersten 4 Anfällen erholte sie sich noch ziemlich rasch, von dem 5. sehr langsam. Als ich nach dem 6. Anfall gerufen wurde, lag sie in völlig soporösem Zustande und zeigte starke Oedeme am Kopfe, namentlich im Gesicht, die Herztätigkeit war unregelmäßig und sehr schwach, sie wurde allmählich immer schwächer, sodaß der Exitus letalis bevorzustehen schien. In solchen Fällen bedrohlicher Herzschwäche pflege ich stets große Dosen Digalen subkutan zu verabfolgen und habe schon oft den direkt lebensrettenden Erfolg dieser Medikation beobachten können. Um ferner Gehirn und Rückenmark vielleicht noch durch einen profusen Schweißausbruch zu entlasten, beschloß ich die Anwendung des Pilocarpin. mur. und spritzte nun 1 ccm Digalen und 0,02 Pilocarpin. mur. unter die Bauchhaut. Schon nach kurzer Zeit besserte sich die Herztätigkeit zusehends, und es erfolgte ein ganz kolossaler, etwas über 4 Stunden anhaltender Schweißausbruch. Als ich nach etwa 5 Stunden katheterisierte, machte die Wöchnerin lebhafte Abwehrbewegungen und gab immer mehr Zeichen wiederkehrenden Bewusstseins; die Oedeme waren erheblich zurückgegangen. Nun gab ich nochmal eine Spritze mit $\frac{1}{2}$ ccm Digalen und 0,01 Pilocarpin und hatte die Freude, Patientin nach weiteren 3 Stunden bei vollem Bewußtsein vorzufinden. Nun gab ich weiter 2 mal täglich 0,5 Digalen subkutan und mehrmals täglich 15—20 Tropfen Digalen per os zur weiteren Kräftigung des Herzens. Am 2. Januar 1913 erfolgte dann nochmals nach großer vorhergegangener Aufregung ein Anfall, ich gab nochmals 0,5 Digalen und 0,01 Pilocarpin subkutan, Patientin kam bald wieder zu sich und erholte sich dann nach wochenlang fortgesetzter Digalenmedikation langsam. Das zuerst sehr reichlich vorhandene Eiweiß ging lang-

sam zurück und war erst Anfang April gänzlich verschwunden. Von da ab ist Patientin völlig gesund geblieben. Zu bemerken ist noch, daß sie während der letzten Schwangerschaftsmonate viel über Nierenbeschwerden und Schwellungen in den Beinen, sowie kurz vor und während der Geburt über Sehstörungen geklagt haben soll, ohne jedoch einen Arzt zu Rate zu ziehen. Auch soll sie als Kind Krämpfe gehabt haben und später an Dysmenorrhoe gelitten haben. Meines Erachtens wäre die Patientin ohne die auch hier wieder glänzend bewährte, direkt lebensrettende Wirkung des Digitalens und ohne die durch das Pilocarpin bewirkte Entlastung des Gehirns und Rückenmarks verloren gewesen.

Journal-Auszüge.

Agrypnie.

Klinische Erfahrungen mit Codeonal. Von Theodor Mann (Aus der inneren Abteilung des Freiburger Diakonissenhauses). „Wir haben das Codeonal bei 97 Patienten und zwar ausschließlich als Schlafmittel angewendet. Abgesehen von fünf Fällen, die jedoch nur durch hohe Dosen von anderen Narkoticis zu beeinflussen waren, konnten wir im allgemeinen eine durchaus befriedigende Wirkung konstatieren. Anfangs wurde gewöhnlich nur eine Tablette, enthaltend 0,17 Codeonal, gegeben, bei welcher Dosis in vielen leichteren Fällen schon eine ausreichende Wirkung erzielt werden konnte. Meistens waren zur Erzeugung eines guten Schlafes zwei Tabletten nötig und brauchte über die Dosis von drei Tabletten nie hinausgegangen werden. Die schlafmachende Wirkung trat gewöhnlich $\frac{3}{4}$ Stunden nach der Einnahme auf und erzeugte einen guten Schlaf von etwa sieben Stunden. Sehr gut bewährte es sich bei den verschiedenen Erkrankungen der Atmungsorgane, wo es besonders den lästigen Hustenreiz milderte und die Atmung tiefer und regelmäßiger machte. Von Herzkranken wurde es durchweg gut vertragen und war ein nachteiliger Einfluß auf Puls und Blutdruck nicht zu konstatieren. Bei Erkrankungen des Nervensystems war nur in den leichteren Fällen eine sichere Wirkung zu erzielen, während bei schweren Aufregungszuständen ein Erfolg nicht immer zu verzeichnen war. In einem Falle war eine Kombination mit Bromural von guter Wirkung. Auf Grund unserer Beobachtungen scheint das Codeonal geeignet zu sein, bei allen nicht zu schweren Fällen von Schlaflosigkeit Gutes zu leisten, besonders auch da, wo man sich

gezwungen sieht, dauernd Schlafmittel anzuwenden, und kann es hier recht gut allein oder auch abwechselnd mit anderen Schlafmitteln gegeben werden.“ (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 9.)

Als bestes **Schlafmittel bei organischen Herzleiden** empfiehlt Dozent Dr. M. Herz (Wien):

Rp. Alkaloid. theb. 0,01

Veronal 0,5

(Preis: 10 Pulver zirka K. 4.—.)

S.: Abends ein Pulver.

(Ars Medici 1913 Nr. 1.)

Aktinomykose.

Röntgenbestrahlung der Aktinomykose. Darüber schreibt Dr. Richard Levy (Aus der Kgl. Chirurgischen Klinik der Universität Breslau): „Die guten Erfolge, die die Bestrahlung der chirurgischen tuberkulösen Affektionen, insbesondere fistulöser Weichteilprozesse gezeitigt hat, legte es nahe, diese Therapie auch auf die Aktinomykose auszudehnen. Bei der biologischen Verwandtschaft zwischen Tuberkelbazillus und Strahlenpilz, auch bei der häufigen klinischen Aehnlichkeit der durch beide hervorgerufenen Krankheitserscheinungen, war ein solcher Versuch nicht unberechtigt. In dem erst behandelten Falle, bei einem 41jährigen Kaufmann, war eine eingreifende Rezidivoperation ausgeführt worden, die aber wegen der Ausbreitung des Prozesses nach dem Unterkiefer und der Zunge zu ohne hochgradige Entstellung des Patienten nicht radikal vorgenommen werden konnte. Nachher trat eine auch durch hohe Dosen von Jod nicht zu beeinflussende profuse Sekretion ein, die einen häufigen Verbandwechsel bis zu drei- bis viermal am Tage erheischte. Auf die erste Bestrahlung hin setzte die Sekretion wie mit einem Schlage aus, und die Fistel schloß sich innerhalb weniger Tage. Da in diesem Falle eine Operation vorgenommen und außerdem Jod verabreicht war, erscheint die Wirkung der Röntgenbestrahlung nicht sichergestellt. Deshalb habe ich in dem folgenden Falle, bei einem 35jährigen Arbeiter, von jeder anderen Medikation abgesehen. Dieser Patient war bereits wiederholt operiert, zuletzt ein Jahr zuvor mit ausgedehnter Resektion der Wange und partieller Oberkieferresektion. Jetzt war ein typisches aktinomykotisches Infiltrat der rechten Wange mit mehreren Fisteln nachzuweisen; auch mikroskopisch ist außerhalb sowohl wie in der Klinik die Diagnose Aktinomykose bekräftigt worden. Unter der Röntgenbestrahlung, die in gleicher Weise wie bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome statthatte, ist das Infiltrat völlig zurückgegangen, und die Fisteln haben sich geschlossen. Beide Fälle sind seit mehr als einem halben Jahre rezidivfrei.

Ich glaube, daß insbesondere durch den zweiten Fall der günstige Einfluß der Röntgenbehandlung auf die Aktinomykose zur Evidenz dargetan ist. Ich konnte in der Literatur keine Angaben über diese Behandlungsart der Strahlenpilzerkrankung finden; sollte sie aber doch schon anderwärts geübt worden sein, so mag durch diese Mitteilung die Aufmerksamkeit von neuem darauf gerichtet werden. Es sei hervorgehoben, daß ich nach wie vor die chirurgische Therapie als die zweckmäßigste Behandlung der Aktinomykose ansehe und für die Röntgenbestrahlung nur solche Fälle reserviert wissen möchte, die bereits vergeblich operativ angegangen waren, oder bei denen ein solcher Eingriff aus technischen oder anderen Gründen nicht ausführbar erscheint.“ (Zentralblatt für Chirurgie 1913 Nr. 4.)

Anästhesie, Narkose.

Trommelfellanästhesie. Von N. R. Blegvad (Kopenhagen). Verfasser empfiehlt folgende Lösung:

Cocaini hydrochlorici	1,0
Acidi salicylici	1,0
Spiritus concentrati	2,0
Sol. Adrenolini 1‰	Gtt. 20

Ein ganz kleiner Wattetampon wird mit dieser Lösung imbibierte und danach ganz dicht am Trommelfell an der Stelle angebracht, wo die Inzision gelegt werden soll. Der Patient hat sofort ein brennendes, schmerzhaftes Gefühl, das sich jedoch nach einiger Zeit verliert. Es genügt oft, daß die Flüssigkeit mit dem obersten Teil des Trommelfells in Berührung kommt, indem auf diese Weise durch Einwirkung auf die Nerven, die längs des Manubrium mallei gehen, im untersten Teil des Trommelfells Leitungsanästhesie hervorgebracht wird. In der Regel ist nach 20 Minuten Anästhesie eingetreten; sollte eine vorsichtige Berührung des Trommelfells mit der Parazentesenadel Schmerz hervorrufen, so ist von neuem ein Tampon mit der Lösung zehn Minuten lang hineinzulegen. Falls Perforation nicht vorhanden, die Epidermis des Trommelfells also intakt ist, sollte man, um sicher zu sein, eine komplette Anästhesie zu erhalten, etwa zehn Tropfen der Salizyl-Kokain-Lösung in den Gehörgang träufeln, nachdem man den mit der Lösung durchfeuchteten Tampon am Trommelfell angebracht hat, und darauf den Gehörgang mit hydrophiler Watte schließen. In der Regel genügen auf diese Weise zehn bis fünfzehn Minuten, um eine komplette Anästhesie des Trommelfells hervorzubringen. Hiermit soll aber nicht gesagt sein, daß die Inzision immer schmerzlos sein wird. Die Bedingung hierfür ist in erster Reihe der Besitz einer haarfeinen und scharfen Parazentesenadel; sonst wird die bloße Berührung des Trommelfells mit der Nadel Schmerzen verursachen. Eine andere Bedingung ist, daß

man bei der Inzision nur das Trommelfell trifft. Wenn man die Nadel so tief hineinsticht, daß man auch die mediale Trommelfellwand trifft, wird man dadurch natürlich Schmerz hervorrufen. Führt man dagegen die Inzision mit einer scharfen Parazentesenadel langsam und ruhig aus, wobei man darauf acht gibt, die Nadel nicht zu tief hineinzuführen, wird der Schmerz gleich Null oder jedenfalls sehr gering sein. In der Regel bringt das Anästhetikum eine weiße, ganz oberflächliche Eschara auf dem Trommelfell hervor; diese wird im Laufe weniger Tage abgestoßen, beeinträchtigt nicht den Ueberblick und bringt niemals Nekrose hervor, da sie — im Gegensatz zu der durch Phenol hervorgerufenen Aetzschorfe — völlig oberflächlich ist. Die Anästhesie tritt natürlich leichter ein, wenn die Epidermis vorher durch Sekret mazeriert worden ist, und es kommt in solchen Fällen nicht immer Eschara. Verfasser hat mit Salizyl-Kokainlösung 73 Ohrenoperationen ausgeführt, nämlich 57 Parazentesen, 3 Polypenextraktionen, 10 Inzisionen von Furunkeln im Gehörgange und drei partielle Exzisionen des Trommelfells infolge Zapfenbildung. Unter den Patienten befanden sich 16 Kinder unter 15 Jahren. Bei den Parazentesen war in etwas über der Hälfte der Fälle vollständige Anästhesie vorhanden, beim Rest nicht komplette Schmerzlosigkeit, jedoch stark herabgemindertes Schmerzgefühl. Bei den Polypenextraktionen zeigte sich immer komplette Anästhesie, desgleichen bei den Furunkelinzisionen insoweit, als die Haut anästhetisch war; der Druck mit dem Messer auf die entzündete Haut war natürlich zu merken. Dasselbe gilt von den partiellen Exzisionen des Trommelfells, die mit Hartmann's Zange vorgenommen wurden; auch hier konnte nicht vermieden werden, daß der Druck des Instruments auf das Trommelfell zu spüren war. Intoxikationsphänomene hat Verfasser nie wahrgenommen, selbst nicht bei Anwendung recht großer Mengen. Von einer Salizylvergiftung wird nicht die Rede sein können; man kann, wie bekannt, selbst Kindern 2—3 g Salizylsäure ohne Schaden verabreichen, weshalb das geringe Quantum, das resorbiert wird, vielleicht nicht einmal ein Zentigramm, wohl kaum dem Ohre von Schaden sein kann. Selbst für eine Kokainvergiftung besteht bei der Anwendung so geringer Mengen im Ohre, wovon hier die Rede ist, keine Möglichkeit. Wie bekannt, hat Salizylsäure eine stark desinfizierende Eigenschaft, stärker noch als Phenol; daher ist einer der Vorteile bei der Anwendung dieser Lösung der, daß gleichzeitig Gehörgang und Trommelfell desinfiziert werden. Verfasser hat den Eindruck, daß das Ohrenleiden nach der Anwendung von Salizyl-Kokain einen schnelleren Verlauf nimmt als sonst. Neun Fälle von akuter, suppurativer Otitis media ohne spontane Perforation des Trommelfells verliefen durchschnittlich in 11.4 Tagen (Maximum: 16,

Minimum: 7 Tage) nach der Ausführung der Parazentese mit Salizyl - Kokain. Der Gedanke liegt auch nahe, Salizylsäure Kokainlösungen hinzuzusetzen zum Gebrauch beim Pinseln auf anderen Stellen, z. B. Pharynx und Nase. Man würde dadurch erreichen: 1. größere Penetrationsfähigkeit des Kokains und 2. Desinfektion des Operationsfeldes. Die Versuche auf diesem Gebiete sind noch nicht abgeschlossen, jedoch sind sie bis jetzt ermutigend verlaufen. Ein Uebel ist, daß man spirituöse Lösungen gebrauchen muß; aber dieses scheint weder den Patienten zu belästigen, noch die Wirkungen des Kokains herabzusetzen, und es besteht die Möglichkeit, daß man auf diese Weise das relativ ungiftige basische Novokain (das reine Alkaloid) zu Pinselungen von Oberflächen anwenden kann.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 28.)

Cocain. muriat., Acid. carbol. liqu., Menthol zu gleichen Teilen (ää 2 bis 5 g) stellt nach Privatdozent Dr. L i n c k (Königsberg) eine Lösung dar, welche mit ausgezeichnetem Erfolge zur **Trommelfell-anästhesie bei der Vornahme von Parazentesen** angewendet wird. Man tränkt zu diesem Zweck ein ganz kleines (zirka hirsekorngroßes) Wattebäuschchen mit der betreffenden Mischung und legt es mittelst der Pinzette an diejenige Stelle des Trommelfells, welche man zum Einschnitt ausersehen hat (meist also den hinteren unteren Quadranten). Nach wenigen Minuten ist die betreffende Stelle weißlich verfärbt und vollständig gefühllos.

(Mediz. Klinik 1913 Nr. 7.)

Ueber die Anästhesie mit Chininpräparaten, speziell mit Sinecain. Von Dr. Emil Schepelmann (Aus Prof. Wullstein's chirurgischer Klinik in Halle a. S.). Seit seiner letzten Publikation hat Verfasser in zahlreichen Versuchen an Menschen und Tieren weitere Erfahrungen über die anästhetische Wirkung des Chinins gesammelt. Hauptsächlich arbeitete er mit 3% Chininum muriaticum, dem er zur Beseitigung des unangenehm brennenden Einstichschmerzes sowie zur Erhöhung seiner Löslichkeit¹⁾ 3% Antipyrin (manchmal auch noch 0,005% Adrenalin zusetzte, und erzielte damit nach $\frac{1}{2}$ bis 1 Minute totale Unempfindlichkeit. Je nach der Größe des Operationsfeldes gebrauchte Verfasser $\frac{1}{4}$ bis 1 oder auch 2 Spritzen, verwendete also im letzten Falle 0,06 g Chinin. muriaticum, eine Dosis, die natürlich weit unter der toxischen liegt. Chinin sowohl als Antipyrin entfalten geringe antiseptische Eigenschaften,

¹⁾ Chininum hydrochloricum löst sich in 30 Teilen Wasser bei entsprechendem Zusatz von Antipyrin im Verhältnisse 1:1.

letzteres nach A m a n t e auch blutstillende. Um eine Zersetzung des Chininsalzes im offenen Glase bei längerer Aufbewahrung zu verhüten, hat Verfasser sich von Apotheker S c h o m m a r t z (Ostseebad Prerow) Veloxampullen mit 1 ccm Chinin-Pyrazolonlösung, eventuell unter 0,05 mg Adrenalinzusatz füllen lassen, die dann von jener Apotheke unter dem Namen Sinecain in den Handel gebracht werden. Diese weithalsigen Veloxampullen haben vor den bisher üblichen zugeschmolzenen Gläschen den Vorzug, daß man mühelos mit der Kanüle ins Innere gelangt und daß eine Infektion der Kanüle durch unbeabsichtigtes Berühren der Außenwände oder des Inhalts durch Hineinfallen von Glassplittern verhütet wird; den Verschuß bewirkt nämlich — wie bei Soxhletflaschen — ein fest aufgepreßtes, aber abhebbares Gummihütchen. Neben ihrer Handlichkeit und Keimsicherheit zeichnen sich die Ampullen auch dadurch aus, daß sie nach Benutzung von neuem gefüllt und verwendet werden können. Als Alkaloid wird das Chinin durch Ammoniak, fixe Alkalien und andere Basen entsprechend ihrer Stärke und Massenwirkung aus seinen wäßrigen Salzlösungen verdrängt und als freies, in Wasser schwer lösliches Alkaloid abgeschieden. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, die Spritze nicht in Sodalösung zu kochen, oder wenigstens sie vor Gebrauch mit Wasser resp. Alkohol abzuspülen. Wie bei allen Lokalanästheticis gilt auch hier die Regel, beim Einspritzen Quaddeln auf der Haut zu erzeugen und die nächsten Einstiche stets in das schon betäubte Gebiet zu legen. Die Anästhesie hält stundenlang, die Hypästhesie einen ganzen Tag oder mehr an.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 43.)

Arteriosklerose.

Ueber neue Jodpräparate. Sanasklerose. Von Dr. R u d o l f G o e d e l (Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses Hasenheide). Sanasklerose wird in der Berliner Engel-Apotheke hergestellt und hat folgende Zusammensetzung: Lecithinalbumin 40% 3,0, Kal. jodat., Sal.physiol. nutr. $\bar{a}\bar{a}$ 1,0, compr. tabl. à 0,5. Sal.physiol. nutrit. besteht aus: Kal. sulf. 7,5, Magnes. peroxyd 30% 250,0, Acid. silicic., Natr. fluorat. $\bar{a}\bar{a}$ 0,25, Sulf. 12,0, Natr. chlorat. 60,0, Natr. formic. 30,0, Natr. citric., Tart. natronat. $\bar{a}\bar{a}$ 20,0, Natr. phosph. 100,0, Ferr. sulf. 40,0, Natr. bicarb., Natr. sulf. $\bar{a}\bar{a}$ 160,0. Jede Tablette enthält somit zirka 0,1 Kal. jodat. Es wurde wahllos einer sehr großen Anzahl von Kranken gegeben und nur in einem einzigen Falle wurde danach Jodismus beobachtet. Dieser Kranke vertrug das Jod auch in keiner anderen Form. Andererseits wurden die Sanasklerose-Tabletten in acht Fällen, in denen die übliche Jodkaliverordnung Jodismus hervorrief, anstandslos vertragen. Es wurden pro die bis zu zwölf Tabletten (1,2 g Kal. jodat.) gegeben. Das Hauptanwendungsgebiet der Sana-

sklerose ist naturgemäß die Arteriosklerose. Bei dieser Erkrankung des Zirkulationssystems ist man ja bekanntlich über die Art der Jodwirkung noch nicht klar, nur eine außerordentlich große klinische Empirie der letzten zwei Jahrzehnte spricht für die Wirksamkeit des Jods bei lang fortgesetztem Gebrauche desselben. Wenn wir also in vielen Fällen beobachten konnten, daß sich die subjektiven Störungen der Arteriosklerose, wie Kopfdruck, Schwindelanfälle, Herzklopfen etc. während der Darreichung von Sanasklerose - Tabletten entschieden besserten, müssen wir wohl dem Krankenhaus-aufenthalt ein gut Teil dieses Erfolges zuschreiben, müssen andererseits die Sanasklerose - Tabletten als ein wirksames Unterstützungsmittel ansprechen. Die Tabletten wurden ferner bei chronischer Bronchitis, Asthma und bei Lues mit dem gleichen Erfolge angewandt, den wir bei dem Jodkaligebrauch zu sehen gewohnt sind, ohne daß jemals über Magenstörungen oder unangenehmen Geschmack geklagt wurde. Es zeichnet sich dieses Jodpräparat durch seine Verträglichkeit aus und wäre wohl das geeignetste Präparat zu Dauerkuren. Die gleiche Firma hat noch ein anderes Präparat, eine sogenannte Jodameisensäure-Lösung, zur subkutanen resp. intramuskulären Injektion (1 ccm = 1,0 : 1000) zur Verfügung gestellt. Es sollen damit in Fällen von Arteriosklerose, besonders des Gehirns, bei Nephritiden, urämischen Zuständen und bei Arthritis urica auffallende Besserungen erzielt worden sein. Verfasser kann darüber nur sagen, daß er objektive Veränderungen nicht beobachten konnte, vielleicht, weil die Versuchszeit zu kurz war. Dieser Form der Joddarreichung ist nachzurühmen, daß sie ebenfalls keinen Jodismus hervorruft (vielleicht durch Umgehung des Magen- und Darmkanals), daß niemals irgendwelche Schädigungen danach gesehen wurden und daß diese schmerzlose Darreichungsform ein beachtenswerter Vorzug des Präparates ist.

(Allgem. med. Zentral-Zeitung 1912 Nr. 44.)

Blutungen.

Erfahrungen mit dem Erystyptikum „Roche“. Von Frauenarzt Dr. E. Keibel in Berlin. In Uebereinstimmung wird von sämtlichen Autoren als großer Vorteil dieses von der Firma F. Hoffmann-LaRoche & Co. hergestellten Präparates hervorgehoben, daß es als glückliche Kombination zweier bei gynäkologischen Blutungen am besten bewährten Styptica, des Sekale und der Hydrastis, alle Gewähr für eine zuverlässige Wirkung bietet. Erystyptikum „Roche“ ist nämlich eine Kombination des bewährten Sekalepräparates Sekakornin „Roche“ mit Hydrastisextrakt und Hydrastinin. *syntheticum*. Sehr interessant und wegen der Vorschriften der Pharmakopoe bemerkenswert ist die Zusammensetzung des Erystyptikum „Roche“: 1 ccm

Erystyptikum entspricht 0,008 g Hydrastinin hydrochloricum, 0,006 g Hydrastisalkaloide und 0,8 g Extr. fluid. Sec. corn. Für den offiziellen Hydrastisextrakt wird nun von der deutschen Pharmakopoe ein Hydrastingehalt von mindestens 2,2% gefordert. Die pharmakologischen Untersuchungen haben ergeben, daß das Hydrastinin in seiner Wirkung der dreifachen Menge Hydrastin entspricht. Demgemäß wäre eine Lösung von 0,7% Hydrastininum diesem Extrakte etwa gleichwertig. Da aber das Erystyptikum in 100 g außer 0,8 g Hydrastinin hydrochloricum noch obendrein 0,6 g Hydrastin enthält, so übertrifft es in bezug auf Gehalt an wirksamen Substanzen ganz erheblich die gleiche Menge des Hydrastisextraktes der Pharmakopoe. Außerdem weist Erystyptikum noch einen Gehalt von Sekakornin auf, der so bemessen ist, daß 100 g Erystyptikum 80 g Sec. corn. fluid. entsprechen. Durch die Kombination von Hydrastis mit Sekakornin wird der therapeutische Effekt verstärkt, und zwar, da Hydrastis und Sekale verschiedene Angriffspunkte im Organismus haben, in potenzierendem Sinne. Während nämlich das Sekakornin die Uterusmuskulatur zur Kontraktion bringt, bewirkt Hydrastis durch Reizung der Vasomotoren eine Verengung der Uterusgefäße und dadurch allerdings schließlich auch sekundär eine Muskelkontraktion. Dabei schließt die teilweise antagonistische Eigenart der Hydrastis- und Sekalewirkung einen tetanischen Charakter der Kontraktionen aus. Die Wirkung der Sekale-Hydrastis-Extrakte ist natürlich abhängig von dem Gehalt an wirksamen Substanzen. Gemäß dem wechselnden Gehalt der Rohdrogen wird auch der aus diesen gewonnene Fluidextrakt, der bisher fast ausschließlich Verwendung gefunden hat, eine wechselvolle und daher unkontrollierbare Wirkung entfalten. Demgegenüber weist Erystyptikum den großen Vorzug auf, daß es als Kombination des pharmakologisch genau eingestellten Sekakornins und des in seiner Zusammensetzung konstanten Hydrastinin + Hydrastin eine gleichmäßige und zuverlässige Wirkung garantiert. Auf demselben Indikationsgebiet, für das bisher Hydrastisextrakt oder die Hydrastis-Sekale-Extraktmischung mit Vorliebe benutzt wird, hat Verfasser seine Versuche mit dem Erystyptikum angestellt. Es handelte sich um Gebärmutterblutungen in den verschiedensten Lebensaltern, um Blutungen auf entzündlicher Basis, um Blutungen nach Aborten und vorwiegend um solche am Schluß der weiblichen Geschlechtsreife. Das Material stammte sowohl aus der Privatpraxis wie aus der Poliklinik, doch handelte es sich in erster Linie um Patientinnen der besseren Stände aus der Privatpraxis. Bei diesen war der Erfolg anscheinend prompter, vermutlich weil die Privatpatientinnen sich meist schonen können und bei stärkeren Blutungen auch absolute Ruhe innezuhalten pflegen, im Gegensatz zu den Patientinnen der arbeitenden Bevölkerung, die aus äußeren Gründen ihren gewohn-

ten Beschäftigungen nachgehen müssen. Verfasser hat sich darauf beschränkt, das Mittel in Tropfenform, und zwar dreimal 20 Tropfen in Zuckerwasser zu geben, und hat selten Veranlassung gehabt, auf 30 Tropfen herauf zu gehen. Neuerdings ist das Mittel auch in fester und vor allen Dingen auch in wohlschmeckenderer Form als Erystyptikum fest im Handel käuflich. Meist folgte der Verordnung schon bald eine recht günstige Einwirkung auf die Blutungen, die entweder vollständig sistierten oder in ihrer Intensität erheblich nachließen. Selbstverständlich haben wir kein Allheilmittel in dem Erystyptikum, es werden sicherlich auch Fälle vorkommen, in denen es versagt. So hat Verfasser einen Fall von klimakterischen Blutungen beobachtet, in dem trotz tagelangem Gebrauch von dreimal täglich 30 Tropfen nicht die geringste Wirkung erzielt werden konnte. Verfasser war schließlich gezwungen, nachdem auch alle anderen Mittel vorher versagt hatten, und selbst eine Abrasio die Blutung nicht zum Stehen bringen konnte, die Totalexstirpation zu machen. Derartige Versager sind jedoch nicht auf das Mittel zurückzuführen, sondern naturgemäß oft durch andere, nicht voraussehbare Umstände bedingt. Jedenfalls kann Verfasser das Erystyptikum auf Grund seiner Erfahrungen den anderen bisher als prompt wirkend bekannten Mitteln in der Geburtshilfe und Gynäkologie als ein vollwertiges Hydrastispräparat zur Seite stellen. Unangenehme Erscheinungen oder Nachwirkungen hat er niemals konstatieren können, solche sind auch von anderer Seite bisher nicht beobachtet worden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 6.)

Die Behandlung der Dysmenorrhoe und essentiellen Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Von San.-Rat Dr. J. Margoniner (Berlin). Verfasser empfiehlt ein unschädliches, wohlfeiles und gut zu nehmendes Präparat, dessen hämostyptische und schmerzstillende Eigenschaft er in der Praxis schätzen gelernt hat. Dieses Präparat ist der Liquor sedans, der von der Firma Parke, Davis & Co. hergestellt wird. Er unterscheidet sich von gewissen Fabrikaten, die von manchen chemischen Fabriken angeboten werden und über deren Zusammensetzung dem Arzte jede Kontrolle fehlt, dadurch, daß die Zusammensetzung des Liquor sedans auf dem Etikette klar und deutlich angegeben ist; sie lautet:

Extract. Viburn. prunifol.	13,7
Hydrastin.	0,125
Piscid. piscipul.	6,85
Aromaticis	q. s. ad 100,00.

Es ist eine klare, dunkle Flüssigkeit von anscheinend angenehmem Geschmack, wenigstens hat keine der Patientinnen sich je über den Geschmack beklagt oder es zu nehmen verweigert. Der Preis ist

mäßig: 100 g werden mit 1,75 M. abgegeben; für Kassenzwecke dürfte sich eine Dosierung von 50,0 g empfehlen, die die Apotheker zum Preise von 0,95 M. abgeben.

(Mediz. Klinik 1913 Nr. 5.)

Cholelithiasis.

Zur Diagnose der Gallensteine. Von B a h r d t. Vortragender hat mehrere Fälle von Cholecystitis beobachtet, bei denen die ersten Symptome nicht im geringsten auf eine Erkrankung der Gallenblase hinwiesen. Die Patienten erkrankten an einer fieberhaften Bronchitis oder an einem pneumonischen Herd im Unterlappen. Diese katarrhalischen Anfälle wiederholten sich häufig, ohne daß man eigentlich eine sichere Diagnose stellen konnte. Erst nach einigen solcher Attacken gesellten sich dazu Schüttelfröste, worauf dann plötzlich ein Ikterus auftrat und dadurch eine sichere Diagnose ermöglicht wurde. In einem Falle ging dann ein großer Stein ab, worauf völlige Genesung eintrat. Die Dauer der Erkrankung hatte in diesem Falle mehrere Monate betragen. Vortragender erörtert sodann die verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten und glaubt, daß die Infektion vielleicht auf dem Wege der Lymph- oder Blutbahn von dem entzündeten Duodenum aus weiter gewandert ist. Bezüglich der Therapie wäre der Versuch zu machen, eine Desinfektion des Darmkanals herbeizuführen. Dazu bedient er sich mit Vorliebe des Naphthalins, das allerdings nicht von allen Patienten vertragen wird.

Diskussion: Herr S c h w a r z fragt, ob die Bronchitis nicht vielleicht als auslösender Faktor für ein bereits vorhandenes Gallensteinleiden aufgefaßt werden könnte. — Herr v. S t r ü m p e l l gibt die Möglichkeit der vom Vortragenden angenommenen Erklärung für das Entstehen der Bronchitis zu und erinnert dabei an die Pyelitis gravidarum, die gleichfalls ihren Ausgangspunkt vom Darm nimmt. Er fragt sodann, ob der Auswurf der Patienten irgend etwas Charakteristisches gehabt hätte. — Herr L a n g e verwendet als Darmdesinfiziens Yoghurt. Er hat den Eindruck gewonnen, daß danach die Anfälle leichter geworden sind. — Herr A l e x a n d e r erwähnt das Urotropin, das den Gallenblaseninhalte sterilisieren soll. Mit Yoghurt sind bei Pyelitis gute Resultate erzielt worden.

(Mediz. Gesellschaft in Leipzig, 31. Mai 1912.)

Behandlung der Cholelithiasis. Von M a y e r. Verfasser hatte von Extract. Belladonn. und Natr. salicyl. die besten Erfolge bei Cholelithiasis acuta und chronica unter lokaler Anwendung von Hitze und bei Bettruhe gesehen. Er gibt zwei- bis viermal täglich 0,5 Gramm Natr. salicyl. und 0,01—0,02 Gramm Extract. Belladonn. in warmem Wasser. Bei schwerer Kolik mit konstantem Schmerz

und hohem Fieber verordnet Verfasser 0,06 Gramm Kalomel stündlich bis zu fünf bis sechs Dosen, dann zweistündlich bis zum ersten Stuhl; die Methode soll das Fieber und die Schmerzen herabsetzen.

(Lancet, Juni 1912. —

Zentralblatt für die ges. Therapie 1913 Nr. 2.)

Diphtherie.

Klinische Erfahrungen während der letztjährigen schweren Diphtherieepidemie. Von O. Nordmann (Aus dem Auguste-Viktoria-Krankenhaus Berlin-Schöneberg). Niemals soll man die Behandlung des Erkrankten nach dem Resultat der bakteriologischen Untersuchung einrichten oder mit der spezifischen Therapie warten, bis man das Ergebnis der Kulturverfahren erhalten hat. Das würde zu den schwersten Mißerfolgen führen. Es ist zu bedenken, daß in der Regel 16—24 Stunden vergehen, ehe das Resultat dem Arzt von dem Untersuchungsamt durch die Post mitgeteilt werden kann. Es wurde daher stets sofort nach der Einlieferung der Kranken, bei denen die Diagnose „Diphtherie“ wahrscheinlich erschien, mit der Serumtherapie begonnen, da Verfasser der Ueberzeugung ist, daß jede Stunde für den Erfolg derselben von hohem Werte ist, und meint, daß die nach der Inspektion gestellte Diagnose in erster Linie für die spezifische Therapie ausschlaggebend sein soll, ohne sich zu verhehlen, daß zuweilen Fälle mit Serum behandelt wurden, die sich im weiteren Verlaufe als Anginen entpuppten. Verfasser ist aber der Ueberzeugung, daß es besser war, dieses einmal zu viel angewandt zu haben, als zu wenig, besonders zu Zeiten einer schweren Epidemie, wie man sie jetzt erlebt hat. Niemals hat Verfasser den geringsten Schaden davon gesehen. Was nun die Form der Applikation des Serums anbetrifft, so wurde es anfangs subkutan, später intravenös und in der letzten Zeit intramuskulär eingespritzt. Verfasser hat den Eindruck gewonnen, besonders im letzten Jahre, daß die letztere Methode den Vorzug verdient. Ihre Technik ist einfach, auch in der Praxis unter ungünstigen Verhältnissen leicht durchführbar, ihre Wirkung sicher und anhaltend. Es gelingt auf diese Weise, auch bei kleinen Kindern, größere Serummengen ohne Mühe einzuführen. Verfasser hat meist die intramuskulären Einspritzungen an der Außenseite des Oberschenkels vorgenommen; bei sehr ungebärdigten Kindern ist es praktisch, sie bei Bauchlage der Kranken in die Glutäen zu machen. Denn wenn sie die Vorbereitungen der Einspritzung nicht sehen, pflegen sie sich zu beruhigen. Die intravenöse Injektion ist in der Praxis schwer durchführbar, ganz abgesehen davon, daß es bei kleinen Kindern unmöglich sein kann, eine passende Vene zu finden. Verfasser hat ferner den Eindruck gewonnen, daß die Wirkung derselben allerdings prompt und schnell eintritt, daß sie aber schneller

abzuklingen pflegt, so daß man zu Reinjektionen gezwungen ist. Bei der Menge der verwandten Serumeinheiten hat Verfasser sich nach der Schwere der Erkrankung, dem Alter und dem Kräftezustand der Patienten gerichtet. Bei kleineren Kindern bis zu zwei Jahren hat er meistens 1000 bis 1500 E., bei solchen von zwei bis sechs Jahren 2000—3000, bei noch älteren Kindern 3000—6000 und bei ausgewachsenen bis zu 12,000 E. gegeben. Er ist mit den Dosen herabgegangen, wenn die Erkrankung leicht war oder der allgemeine körperliche Befund, das Gewicht und der Ernährungszustand unter der Norm lagen. Es wurden bei schweren Formen der Erkrankung und kräftigem Ernährungszustand der Kinder die Dosen gesteigert. Wie überall in der Medizin ist auch bei der Serumtherapie das Schematisieren zu vermeiden, es bleibt vielmehr dem Blick des Arztes überlassen, im einzelnen Falle das Richtige zu treffen, und deshalb sind die angeführten Zahlen nur als ein Fingerzeig zu betrachten. Sicherlich wird eingewandt werden, daß man häufig mit niedrigeren Dosen auskommt, und das trifft auch zu, so lange die Epidemie keinen schweren Charakter annimmt. Verfasser hat aber im letzten Jahre häufig konstatieren können, daß die in der Praxis gegebenen geringern Dosen wirkungslos geblieben waren, und es sind wohl die zuweilen noch absprechend lautenden Kritiken der Serumtherapie in erster Linie dadurch verursacht, daß zu Zeiten schwerer Epidemien zu geringe Serumdosen gegeben werden. Verfasser kann gar nicht genug empfehlen, eher über die gegebenen Durchschnittswerte nach oben hinauszugehen, als weniger zu geben. Man braucht nicht zu befürchten, irgendwelche schädliche Folgen von der Steigerung der Dosen zu erleben. Denn aus dem in Amerika befolgten Usus, wo man 10—20 mal so viel Einheiten gibt als wie bei uns, und aus den in der Heubner'schen Klinik gemachten Erfahrungen geht hervor, daß die Kinder weit höhere Dosen ohne jede Störung vertragen. Es empfiehlt sich, gerade die erste Serummengende deshalb in genügend hoher Dose zu geben, weil man möglichst vermeiden soll, später noch einmal eine zweite Einspritzung vornehmen zu müssen. Und damit kommt Verfasser zu der wichtigen Frage: Soll man bei unvollkommenem oder ausbleibendem Erfolg der ersten Serumgabe eine zweite Einspritzung vornehmen? Soll man den ins Krankenhaus aufgenommenen Kranken, die außerhalb desselben bereits mit einer kleinen Serumgabe vorbehandelt sind, eine zweite größere Dose einverleiben? Es ist bekannt, daß nach den wichtigen Forschungsergebnissen Richetz's, Otto's, Friedberger's u. a. in einem Körper, dem eine fremde Eiweißart einverleibt ist, eine gewisse Ueberempfindlichkeit gegen diese Platz greift, so daß bei einer nochmaligen Injektion derselben Eiweißart Vergiftungserscheinungen auftreten können, ein Vorgang, der Anaphylaxie genannt wird. Die Annahme

lag nahe, und es wurde auch von angesehenen Forschern behauptet, daß nach mehrmaligen Einspritzungen von Diphtherieserum schwere Störungen in dem Allgemeinbefinden der Kranken eintreten könnten, welche auf die giftige Wirkung des artfremden Eiweißes zurückgeführt werden sollten. Demgegenüber ist aber wiederholt von der Heubner'schen Schule betont worden, daß bei der mehrmaligen Anwendung des Diphtherieserums eine Anaphylaxie nicht zu befürchten ist. In der genannten Klinik werden bei Herzstörungen im Verlauf der Diphtherie, bei Masern-Krupp und anderen Komplikationen in regelmäßigen Intervallen Injektionen von Serum vorgenommen, ohne daß man jemals die geringsten schädlichen Folgen von diesem Vorgehen gesehen hat. Und nach Verfassers Erfahrungen kann er die Mitteilungen der Heubner'schen Schule nur bestätigen. Er hat bei zahlreichen Kranken, denen außerhalb der Anstalt eine kleinere Serumdosis ohne Erfolg verabfolgt war, eine zweite Einspritzung vorgenommen. Zuweilen hat er danach das Auftreten eines Serumexanthems gesehen, weitere stärkere Erscheinungen einer Serumkrankheit aber nicht beobachtet. Ebenso wenig hat er eine Schädigung der Kranken erlebt, wenn er beim Ausbleiben der Wirkung der ersten Seruminjektion nach einiger Zeit eine zweite vorgenommen hat. Verfasser empfiehlt, in der Hinsicht also nicht allzu ängstlich zu sein. Viele auf Anaphylaxie bezogene Symptome halten seines Erachtens einer eingehenden Kritik nicht stand, und für ganz unzulässig hält Verfasser es, mit diesem Vorgang etwa einen Todesfall in Zusammenhang zu bringen, wenn keine Sektion gemacht ist. Er war einmal geneigt, den Tod eines neunjährigen Knaben auf eine zweite Seruminjektion zurückzuführen, aber die Autopsie gab eine ganz andere Aufklärung. Es zeigte sich, daß der Knabe schwere Veränderungen an den Nieren und am Herzmuskel hatte, und daß ein septischer Milztumor vorlag. Nur in einer Hinsicht ist Verfasser stets außerordentlich vorsichtig gewesen, nämlich wenn er bei einer Seruminjektion irgendwelche Zeichen einer Ueberempfindlichkeit des Organismus erlebte, und hinterher ein Exanthem, Gelenkschwellungen oder andere Zeichen von Serumkrankheit beobachtete. Dann hat er eine zweite Injektion möglichst ganz unterlassen. Wenn sie wegen der Schwere der Erkrankung nicht zu umgehen war, so wurden das zweitemal weit geringere Dosen als das erstemal gegeben. Verfasser glaubt, wenn man so vorgeht, ist man vor unangenehmen Ueberaschungen sicher. Es empfiehlt sich in der Praxis, nach jeder Seruminjektion die Kinder auf das Genaueste zu beobachten, ob sie nach der Einspritzung des Diphtherieserums irgend ein Zeichen von Serumkrankheit zeigen. Der Serumtherapie sind alle anderen Behandlungsmethoden weit unterlegen. Verfasser hat die Kranken Mundspülungen machen lassen mit Wasserstoffsuperoxyd, um die

Schleimmassen aus dem Munde herauszubekommen. Verfasser hat ferner ausgiebigen Gebrauch machen lassen vom Inhalieren, da er die Erfahrung gemacht hat, daß dadurch eine große Erleichterung bei der Atmung entsteht. Alle Pinselungen wurden selbstverständlich unterlassen, da Verfasser der Ueberzeugung ist, daß man damit eher schadet als nützt. Verfasser weiß wohl, daß diese therapeutischen Maßnahmen noch sehr viel geübt werden; trotzdem muß er davor warnen. Nicht nur weil man dadurch den kulturellen Nachweis der Diphtheriebazillen erschwert, sondern weil man außerstande ist, ein Gewebe zu desinfizieren. Eher läuft man aber Gefahr, die Widerstandskraft der Zellen, deren der Mensch zur Ueberwindung der in ihrer Umgebung sich abspielenden Entzündung bedarf, zu vernichten. Verfasser hat einige Fälle gesehen, bei denen die diphtherisch entzündeten Mandeln und Gaumenbögen von den behandelnden Kollegen mit dem Höllensteinstift geätzt waren. Es war unmöglich, die Ausdehnung der Diphtherie von den Aetzschorfen, die ganz ähnlich aussahen, abzugrenzen. Man kann also, anstatt zu nützen, auf diese Weise eine Verwischung der Entzündungsgrenzen bewirken. Für ebenso zwecklos hält Verfasser die Benutzung von desinfizierenden Pastillen, Formamint usw. Es ist unmöglich, mit irgendwelchen chemischen Mitteln ein Gewebe von eingedrungenen Bakterien zu befreien. In zahlreichen Fällen von Rachen- und Nasendiphtherie wurde Pyozyanase eingestäubt, ohne daß man sich überzeugen konnte, daß die Abstoßung der Beläge dadurch beschleunigt und der Krankheitsprozeß günstig beeinflußt würde. Subjektiv günstig wirkte ein Priesnitz'scher Umschlag um den Hals, während die Eiskravatten in der Regel abgelehnt wurden, weil sie unbequem saßen. Zur Beseitigung der aus der schweren Atemnot entstehenden Gefahren wurde stets der Luftröhrenschnitt angewandt. Er ist ein einfacher, mit wenigen Instrumenten ausführbarer Eingriff, der jede Gefahr sofort beseitigt. Es wurden in letzter Zeit sowohl die Weichteile wie auch die Trachea quer inzidiert, und Verfasser glaubt, daß die Wunde sich nach dieser Technik schneller schließt als nach Längsschnitten. Ein erschwertes Décanulement hat er einige wenige Male bei Längs- wie Querschnitten erlebt; meist war es verursacht durch Granulationen in der Luftröhre. Niemals war man gezwungen, zum Verschuß der Trachealwunde Plastiken oder andere operative Verfahren anzuwenden. Gelang das Décanulement mit der zeitweilig zugestopften Lochkanüle nicht, so wurden die Mikulicz'schen Schornsteinkanülen aus Glas angewandt. In der Regel konnten die Kinder nach ihrer Anwendung alsbald wieder in normaler Weise atmen, nachdem sie einige Tage gelegen hatte und stundenweise zugestopft gewesen war. Erwähnt sei, daß Verfasser im letzten Jahre unter 424 Diphtheriefällen 32mal, also in 7,5% der Fälle, zu Tracheo-

tomien gezwungen war. Von diesen 32 Kranken sind 18 gestorben (60%). Diese relativ hohe Sterblichkeit kommt dadurch zustande, daß man bei den eingelieferten Kindern leichtere Atemnot durch schleunige Injektion hoher Serumgaben und Anwendung des Sprays häufig mit alsbaldigem Erfolg bekämpfte und die Tracheotomie vermied. Der Luftröhrenschnitt war also in den 32 Fällen absolut notwendig und unaufschiebbar. Da sich ferner einige tracheotomierte Kinder im ersten Lebensjahr befanden und bei diesen der Eingriff erfahrungsgemäß eine sehr schlechte Prognose hat, so kann die Sterblichkeit von 60% nicht überraschen. Die Intubage wurde nie angewandt. Sie erfordert eine große Übung, und schon deshalb kann der einzelne Praktiker sie nur schwer ausführen. Die intubierten Kinder müssen ferner unter sehr guter Aufsicht sein, weil das Instrument bei einem heftigen Hustenstoß herausgeschleudert werden kann, und ungeberdige Kinder es sich selber herausreißen können. Dazu kommt, daß die Intubage bei geringerer Übung des Arztes eine große Quälerei des dyspnoischen Kindes bedeutet. Trägt der Arzt keine Gummihandschuhe, so kann er außerdem eine Verunreinigung seiner Hände mit den Diphtheriebelägen gar nicht vermeiden. Aus allen diesen Gründen empfiehlt Verfasser zur Bekämpfung der Atemnot die stets sicher zum Ziel führende, leicht auszuführende Tracheotomie. Die Prognose war in früheren Jahren, so lange keine schwereren Epidemien herrschten, in der Regel leicht zu stellen. Kräftige, sonst gesunde Kinder machten die Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle ohne Komplikationen durch. Zuweilen beobachtete man Nierenentzündungen, Störungen der Herztätigkeit und Gaumensegellähmungen. Von allen Diphtheriefällen der Jahre 1909 bis 1910, insgesamt 264, verliefen 72% ohne jede Komplikation. Die Gefährlichkeit der letztjährigen Epidemie zeigte sich nun auch darin, daß nur 58% der Krankheitsfälle ohne schwere Störung verliefen. Diese waren sehr mannigfacher Art. (Schluß folgt.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 31.)

Ekzem.

Bei **Ekzema squamosum**, welches keine Fette verträgt, verordnet **Veiel**:

Rp. Acid. boric. subt. pulv.	1,0
Zinci oxyd.	3,0
Amyl.	ad 100,0

Es wird ein Kaffeelöffel (5,0) mit einem Eßlöffel (15,0) lauen Wassers angerührt, und mit dieser milchartigen Aufschwemmung werden die kranken Stellen täglich zweimal bepinselt. Ist die Haut zu trocken, so werden einige Tropfen Glyzerin zugesetzt.

(Dermatolog. Zentralblatt 1913 Nr. 4.)

Bei **Ohrekzem** werden salbenförmige Medikamente appliziert. Sie werden flächenhaft wie sonst überall am Körper aufgetragen, wenn es sich um Affektionen im Bereich des äußeren Ohres handelt, sie werden in Form von Salbenwickeln in den Gehörgang eingeführt, wenn die Salbe hier ihre Wirkung entfalten soll. Zu letzterem Zwecke wird ein der Weite des Gehörgangs angepaßter Wattewickel auf ein Wattestäbchen locker aufgedreht und in die Salbe eingetaucht. Der Wattewickel wird sodann unter Fixierung und Streckung der Ohrmuschel in den Gehörgang eingeführt, worauf das Wattestäbchen mit Linksdrehung aus der Watte entfernt wird. Täglicher, allenfalls zweitägiger Wechsel ist erforderlich.

1. Präzipitatsalbe (Hydrarg. praecip. alb. 1,0, Zinc. oxydat., Ol. oliv. āā 4,0, Vasel. flav. ad 30) ist anzuwenden bei juckendem, trockenem Ekzem des äußeren Gehörganges und bei Furunkulose (gleichzeitig heiße Umschläge).

2. Teersalbe (Ol. cadini 0,1, Zinc. oxyd., Ol. olivar. āā 4,0, Vas. flav. ad 30) wirkt heilend bei nässenden und schuppenden Ekzemen der Ohrmuschel und des äußeren Gehörgangs, bei Otitis externa, mit oder ohne vorheriger Pinselung mit Argent. nitr.

(Privatdozent Dr. L i n c k , Königsberg in der Mediz. Klinik
1913 Nr. 7.)

Epilepsie.

Ein Fortschritt in der diätetisch-pharmazeutischen Epilepsiebehandlung. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. E u l e n - b u r g , Berlin. Von einer überraschenden und ganz neuen Seite ist die bekannte Firma F. Hoffmann-LaRoche & Co. in Grenzach an die praktische Lösung des Problems herangetreten, ein zugleich diätetisch auszunutzendes, schmackhaftes Brompräparat herzustellen und durch dessen diätetische Verwendung die gebotene Brommedikation mit der nicht minder gebotenen kochsalzarmen Kost für die Dauerbehandlung der Epilepsie zweckgemäß zu verbinden. Es geschieht dies mittels eines nach den Intentionen von A. U l r i c h in Zürich bereiteten und von dem genannten Arzte zuerst in achtmonatiger Anstaltsbehandlung erprobten Präparats in prismatischer Tablettenform, für das der Name „Sedobrol“ (Roche) gewählt wurde. Jede 2 g schwere Tablette enthält 1,1 g NaBr, 0,1 g NaCl sowie Extraktivstoffe pflanzlichen Eiweißes als Würze und Fett (Kreatin und Kreatinin, die anregend wirken könnten, höchstens in so minimaler Beimengung, daß sie praktisch nicht in Betracht kommen). Diese Tabletten erinnern in der Aufmachung und Anwendung ganz an die bekannten Bouillonwürfel (Maggi) und haben offenbar auch als Muster vorgeschwebt. Es kam nämlich darauf an, einerseits das

NaCl bis auf einen kleinen Rest durch NaBr zu ersetzen — anderseits würzige Stoffe in dem Maße hinzuzufügen, daß der sonst unvermeidliche fade Geschmack und die Schädigung des Appetits ausgeschlossen würden und das so erzielte Präparat zur Suppenbereitung nach Art der Maggitabletten ohne weiteres benutzt werden konnte. Und dieser Zweck ist hier — wie Verfasser nach wiederholten eigenen und anderen vorgenommenen Kostproben bezeugen kann — in wahrhaft vorbildlicher Weise erreicht worden! Außer zu Suppen können die Sedobroltabletten übrigens auch als Sauce zu den allerverschiedensten salzlosen Speisen gegeben werden, um diese durch den Zusatz schmackhafter zu machen; es ist also die Möglichkeit einer ziemlich vielseitigen und reichhaltigen Kost von völlig genügendem Ernährungswert auch bei stark reduziertem Kochsalzgehalte dadurch gewährleistet. Man benutzt zur Bouillonbereitung in der Regel eine der Tabletten in 100 bis 200 ccm heißem Wasser — zu den stärkeren, als Saucen verwendbaren Lösungen 1 bis drei Tabletten auf 100 ccm heißes Wasser. Auf diese Weise können, wie man sieht, ziemlich beträchtliche Mengen von NaBr im Laufe des Tages ohne Appetit- und Geschmackschädigung und in durchaus unauffälliger Weise bequem zugeführt werden. Die durchschnittliche Tagesdosis bei Epileptikern dürfte, je nach Besonderheit und Schwere des Falles, zwischen 2 bis 5 Tabletten (= 2,2 bis 5,5 NaBr), wohl selten darüber betragen. Ulrich, der bisher die meisten praktischen Erfahrungen mit dem Präparat aufzuweisen hat, begann in frischen Fällen mit einer Tablette zum Mittagessen, stieg in der zweiten Woche auf zwei Tabletten (eine mittags, die andere abends), in der dritten Woche auf drei, in schweren Fällen mit der Dosis einschleichend auf vier bis fünf, nur ausnahmsweise bis auf sechs Tabletten. Bei schon längere Zeit unter Brommedikation stehenden Patienten verabreicht man die bisher gewohnte Dosis, jedoch nicht über fünf bis sechs Tabletten hinaus. Nach den Erfahrungen von Ulrich und von Hans Maier (aus der psychiatrischen Klinik in Zürich) scheint das Brom in dieser Darreichungsform sich sogar noch wirksamer zu erweisen als bei der gewöhnlichen Verabreichung in Lösungen (nach Ulrich bei 100 Epileptikern während drei Monaten mit salzhaltiger Kost 2184 Anfälle; mit salzloser Suppe und wässriger Bromlösung 1553 Anfälle, mit Sedobroltabletten in entsprechender Dosis nur 1002 Anfälle). Der Preis ist als sehr mäßig zu bezeichnen (Originalpackungen mit 100 Tabletten 7,60 M., mit 500 30 M., mit 1000 Tabletten 60 M.; also bei letzterer Bezugsweise ein Tagespreis von nur 0,12 bis 0,3 M.). Natürlich kann das Präparat, abgesehen von seiner antiepileptischen Verwendung, auch als gewöhnliches Nervinum und Sedativum benutzt werden, zu wel-

chem Zwecke kleinere Originalpackungen, mit 10, 30 und 60 Tabletten, zur Verfügung gestellt werden.

(Medizin. Klinik 1913 Nr. 5.)

Frakturen und Luxationen.

Zur forensischen Bedeutung von pathologischen Frakturen.

Von Dr. Marx in Prag. Pathologische, sonst auch Spontanfrakturen genannt, erheischen ein großes gerichtsärztliches Interesse, ebenso solche Fälle, bei denen nach einem Trauma durch Röntgenuntersuchung zwar eine Fraktur festgestellt wird, durch die Anamnese aber sich ergibt, daß diese Fraktur älteren Datums und nicht eine Folge des fraglichen Unfalles ist. An solche Zufälligkeiten soll der Sachverständige denken, und deshalb in jedem Fall eine genaue Anamnese erheben; letztere läßt aber auch zuweilen im Stich, und dann kann die genaue objektive Untersuchung öfter Rückschlüsse auf die Entstehung einer Fraktur ergeben, so bei den „typischen“ Frakturen (untere Radiusfraktur z. B.). Die eigentlichen pathologischen Frakturen entstehen meist entweder durch physiologische Vorgänge wie Senium, Inaktivität, oder pathologische Veränderungen, wie Rachitis, Osteomalazie, Osteomyelitis, Tuberkulose, Knochentumoren. Hier genügt oft ein ganz geringfügiges, kaum beachtetes Trauma, um den Knochen zu brechen. Besonders sind es die Tumoren und unter ihnen die Sarkome, die die Knochen für das Zustandekommen von Frakturen disponiert machen. Die bereits umfangreiche Kasuistik wird vom Verfasser durch einen interessanten Fall aus der Praxis bereichert. Es handelt sich um einen 16jährigen Schüler, der beim Turnen am Barren plötzlich einen Schmerz am linken Arm verspürte und einige Wochen später bei einer gleichfalls geringfügigen Veranlassung von neuem von Schmerz an derselben Stelle befallen wurde. Nunmehr wurde röntgenologisch festgestellt, daß eine Fraktur des Oberarmes vorlag. Es kam zu einer erheblichen Anschwellung, Bluterguß mit hohem Fieber. Das obere Bruchstück des Humerus wurde operativ entfernt; unter den Erscheinungen einer allgemeinen Sepsis trat der Tod ein. Durch die Obduktion wurde festgestellt, daß das obere Drittel des Knochens in mehrere Stückchen zerfallen war, das Knochenmark einen Eiterherd und darunter eine fremdartige Masse zeigte, die als Sarkom festzustellen war. Es blieb dahingestellt, ob schon die erste — geringfügige — Gewaltwirkung die Fraktur ausgelöst hatte, jedenfalls war sie durch eine krankhafte (sarkomatöse) Veränderung der Knochen zustande gekommen. Trotz Röntgenuntersuchung war also in diesem Fall das Vorhandensein eines Knochentumors übersehen. Es geht aus dieser Beobachtung hervor, daß der Sachverständige eine große Vorsicht bei

Beurteilung und Qualifikation von Knochenbrüchen anzuwenden und vor allem auch im Einzelfalle genau zu prüfen hat, ob die Gewaltwirkung, die als Ursache einer Fraktur bezeichnet wird, tatsächlich so groß war, daß durch sie allein die Entstehung eines Bruchs eines sonst vollkommen gesunden Knochens erfahrungsgemäß zu erklären ist.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1912 Nr. 16. —
Deutsche Med.-Zeitung 1913 Nr. 3.)

Ein einfacher Verband zur Behandlung des Schlüsselbeinbruches. Von Dr. J a n s e n (Aus der Chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Stralsund). „Ohne in eine Kritik der zirka 80 für die Behandlung der Clavikulafraktur angegebenen Verbände mich einzulassen, möchte ich im folgenden einen Verband beschreiben, der von B e r n d t angegeben und seit zirka zehn Jahren am hiesigen Krankenhaus im Gebrauch ist (demonstriert in der Sitzung der Pommerschen Aerztevereine im Juni 1909 in Stralsund). Er zeichnet sich durch seine Einfachheit aus und erfordert nur einen zirka 1 m langen, 5 cm breiten Heftpflasterstreifen, eine breite Mullbinde und ein Stück Watte, also Materialien, die jeder praktische Arzt in seiner Verbandtasche mit sich führt. Der Verband wird in folgender Weise angelegt: Phase I. Ein Stück breiter Mullbinde, 60—70 cm lang, wird ausgebreitet, in der Längsrichtung ein 30—40 cm langes Wattestück hineingelegt und durch Aufrollen in der Querrichtung eine „Wurst“ gebildet. Diese Wurst zieht man durch die Achsel der kranken Schulter und knüpft die Enden hinten oben zweimal so, daß zwischen je zwei Knoten eine Oese entsteht. Phase II. In der Mitte des Heftpflasterstreifens macht man mit einem Stück Mullbinde eine Oese. Den Heftpflasterstreifen legt man über die gesunde Schulter, so daß das eine Ende der vorderen, das andere der hinteren Brustwand anliegt. Die in der Mitte befestigte Bindenöse kommt auf den Cukullarisrand der gesunden Seite zu liegen. Phase III. Beide Oesen werden durch ein Stück Mullbinde über einem dicken Watterpolster, das den Nacken vor Druck schützt, so zusammengeholt, daß die Fraktur gut steht. Zweckmäßig dabei ist es, wenn ein Assistent den kranken, im Ellbogen gebeugten Arm etwas anhebt und damit die Schulter nach hinten oben schiebt, um dem Patienten möglichst Schmerzen zu ersparen. — Die Vorzüge dieses Verbandes liegen auf der Hand: 1. Die kranke Schulter wird zurückgeholt und nach oben gezogen, die Fraktur in möglichst korrigierter Stellung gehalten. 2. Der Verband belästigt den Patienten kaum, da er den Thorax nicht einschnürt und den gesunden Arm frei läßt. 3. Auch der Arm der kranken Seite kann von vornherein in mäßigem Grade gebraucht

werden, da Hand und Ellbogen völlig frei sind. Nach wenigen Tagen können sogar im Schultergelenk leichte Bewegungen ausgeführt werden. 4. Der Verband erlaubt eine einfache Kontrolle und eventuelle Korrektur durch Nachlassen oder Anziehen des zuletzt genannten Bindenstücks. (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 9.)

Gonorrhoe.

Klinische Erfahrungen mit Adamon bei den Reizzuständen der akuten Gonorrhoe. Von Dr. Treitel (Aus dem Dermato-urologischen Institut von Dr. Bab und Dr. Treitel). Seit Anfang Mai vorigen Jahres hat Verfasser das Adamon bei 40 Fällen von akuter Gonorrhoe angewendet, die mit nächtlichen Erektionen und Pollutionen verbunden waren. Da sich 16 Patienten der genauen dauernden Beobachtung entzogen, so stehen 24 genau beobachtete Fälle zur Verfügung, darunter zwei von akuter weiblicher Gonorrhoe, die mit starken Reizerscheinungen und gestörter Nachtruhe verbunden waren. Verfasser ließ das Adamon durchweg in Tablettenform nehmen, und zwar in folgender Weise: zwei Tabletten von je 0,5 g zwischen 5 und 6 Uhr abends, zwei weitere eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen, stets mit etwas Wasser aufgeschwemmt. Verfasser möchte vor allem hervorheben, daß die Tabletten ausnahmslos gut vertragen wurden und in keinem Falle Aufstoßen oder Magenbeschwerden irgend welcher Art hervorriefen. In einem Falle, in dem Verfasser bereits zahlreiche andere Medikamente verwendet hatte, versagte auch das Adamon, es handelte sich dabei um einen sehr starken Neurastheniker. In den übrigen Fällen trat bereits in der Nacht nach der ersten Anwendung eine wesentliche Verringerung der Beschwerden ein. Die oft sehr zahlreichen Erektionen verloren ihre Schmerzhaftigkeit und nahmen auch an Zahl ab. Die Patienten, die vor Anwendung des Adamons unter heftigen Beschwerden erwacht waren, bekamen ruhigen Schlaf. In den ersten Tagen trat manchmal nach dem Erwachen am Morgen noch eine Erektion ein, die aber ohne wesentliche Beschwerden und von kurzer Dauer war. Bei einer Anzahl der Patienten konnte Verfasser trotz noch bestehender Gonorrhoe nach 10—14tägiger Anwendung das Adamon aussetzen, ohne daß neuerdings Beschwerden auftraten, bei anderen dagegen stellten sich nach Aussetzen des Adamons die schmerzhaften Erektionen wieder ein. Gab Verfasser dann wieder das Adamon, so trat aber wieder ruhiger Schlaf ein. Auf Grund seiner Erfahrungen kann Verfasser daher das Adamon als eine wertvolle Vermehrung unseres an solchen Mitteln armen Arzneischatzes empfehlen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1913 Nr. 4.)

Ueber Arthigonbehandlung der Arthritis gonorrhoeica.¹⁾

Von Dr. Fritz Tedesco (Aus der III. Medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses). Verfasser schreibt: „Zu den schwersten und verhängnisvollsten, in das therapeutische Gebiet des Internisten fallenden Komplikationen des Harnröhrentrippers gehört die Arthritis gonorrhoeica. Vor Einführung der Bier'schen Stauung war die Trippererkrankung eines Gelenkes in den meisten Fällen für den Patienten mit einer dauernden, sehr schmerzhaften Versteifung und dem Funktionsverlust oft der ganzen Extremität gleichbedeutend. Wenn auch mit der Bier'schen Stauungsbehandlung der Therapie ein neuer Weg gewiesen wurde, so konnte mit dieser erst dann begonnen werden, wenn die sehr schmerzhaften initialen phlegmonösen periartikulären Erscheinungen im Schwinden begriffen waren. In dieser Zeit stellen sich, wie wir es aus den Untersuchungen Sudeck's wissen, im Knochengerüst erhebliche Strukturveränderungen ein (akute Knochenatrophie), die wohl mit der stets vorhandenen peripheren Neuritis zusammenhängen. In diesem Stadium der Gelenkphlegmone sind wir dieser und, was von größerer Bedeutung zu sein scheint, deren anatomischen Folgezuständen gegenüber machtlos. Die oft überraschend einsetzende Massenatrophie in der Gegend des befallenen Gelenkes verzögert die restitutio ad integrum. Die von anderen Seiten veröffentlichten günstigen Erfolge mit der Bruck'schen Gonokokkenvakzine „Arthigon“ veranlaßten uns, in sieben seit dem Sommer 1912 aufgenommenen gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen mit diesem Mittel die Behandlung aufzunehmen. Zunächst möchte ich Ihnen einen erst kürzlich entlassenen Fall demonstrieren.

Es handelt sich um einen 52jährigen Tapezierer, der am 13. Januar zur Aufnahme kam. Vor vier Wochen akquirierte der Patient eine Urethralgonorrhoe, seit dem 9. Januar sehr heftige Schmerzen im rechten Ellbogengelenk. Dieses ist in spitzwinkliger Beugestellung fixiert, diffus entzündlich, geschwollen und ebenso wie auf Druck auch spontan schmerzhaft. Die Nachtruhe ist hochgradig gestört. Der Kranke erhält als einzige Therapie bis zum 20. Januar vier Arthigoninjektionen, und zwar 0,2, 0,5, 0,5, 1,0 ccm in zweitägigen Intervallen intraglutäal. Die anfangs bestehenden Temperatursteigerungen bis 38,1° machten normalen Temperaturen Platz; zur Linderung der im Krankheitsbeginn bestehenden Schmerzen wurden 3 g Chloralhydrat verabreicht. Nach der zweiten Injektion war Spontanbewegung des erkrankten Gelenkes schon recht gut möglich, jedoch war dieses noch recht schmerzhaft. Am 22. Januar war das Gelenk weder auf Druck noch bei Bewegung schmerzhaft, dessen Kon-

¹⁾ Demonstration, gehalten am 30. Januar 1913 in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

figuration vollkommen normal. Der Kranke wurde also nach 13tägiger Spitalbehandlung mit vorzüglichem funktionellen Resultat entlassen. Die Urethritis wurde nur mit Balsamicis, Diät und Bett-ruhe behandelt. Beim Austritt noch reichlich Gonokokken im eitrigen Sekret.

Ein 20jähriges Mädchen, welches mit doppelseitiger Hüftgelenkentzündung, die der Stauungstherapie ganz unzugänglich ist, eintrat, wurde durch 18 Tage außerhalb des Spitals mit Salizylaten ohne Erfolg behandelt. Bewegungen in den Hüftgelenken waren wegen der außerordentlich heftigen Schmerzen unmöglich. Bei bestehenden subfebrilen Temperaturen wurden in einem Zeitraum von acht Tagen vier Arthigoninjektionen (0,5, 0,5, 0,75, 1,0 ccm) gegeben. Nach bloß 20tägigem Spitalaufenthalte komplette Heilung der Gelenkaffektionen.

Bei einem 30jährigen Monteur mit rezenter Gonorrhoe und phlegmonöser Schwellung des linken Handgelenkes nahmen wir keinen Anstand, trotz des sich kontinuierlich um 39° bewegenden Fiebers die Injektionstherapie einzuschlagen. Der Kranke kam am 7. Oktober 1912 zur Aufnahme und erhielt schon am 10. Oktober die erste Arthigondosis von 0,3 ccm. Am 15. wurden unter wesentlichem Nachlassen der Schmerzen und der entzündlichen Erscheinungen 38° nicht mehr erreicht. Am 25. erhielt er als Schlußdosis 1 ccm Arthigon. Er war dann dauernd entfiebert und konnte geringe Bewegungen im erkrankt gewesenen Gelenke aktiv und ohne Schmerzen ausführen. Durch weitere zwei Wochen wurde dann der linke Arm heiß gestaut, und nach einer gesamten Behandlungsdauer von 40 Tagen konnte der Kranke geheilt die Abteilung verlassen.

Besonders günstig wirkte das Mittel bei einem 26jährigen Mechaniker, der am 11. September 1912 eintrat. Er hatte am 15. Juni 1912 die ersten Anzeichen seines Trippers bemerkt. Am 1. Juli schmerzhaft Schwellung des linken Sprung- und der rechten Metakarpophalangealgelenke. Zweimonatliche Spitalspflege ohne wesentlichen Erfolg. Als der Kranke am 11. September in unsere Abteilung eintrat, fanden wir schmerzhaft Schwellung des rechten Handgelenkes mit starker Bewegungseinschränkung und Atrophie der Vorderarmmuskulatur. Das rechte Kniegelenk bei Beugung äußerst schmerzhaft, die Gegend des Pes anserinus besonders druckempfindlich. Die Konturen des linken Sprunggelenkes sind verschwommen, das linke Großzehengelenk bei Bewegung wenig, bei Druck außerordentlich empfindlich. Das rechte Sternoklavikulargelenk ist aufgetrieben und stark druckempfindlich. Als Korrelat dieser chronisch-entzündlichen Prozesse fand sich im Röntgenbild am linken Fuß- und rechten Handskelett deutliche Strukturatrophy. Die Temperaturen waren subfebril und erreichten nie 38°. Wir injizierten viermal Arthigon,

mit $\frac{1}{2}$ ccm beginnend bis zu 1,2 ccm. Nach der ersten Injektion trat Temperaturerhöhung bis $37,8^{\circ}$ und stärkere Schmerzhaftigkeit in den affizierten Gelenken auf. Diese Nebenerscheinungen traten bei den nächsten Injektionen nicht mehr zutage, und der Kranke verließ nach 40tägigem Aufenthalte mit funktionsfähigen Gelenken das Spital. In Anbetracht der langen Krankheitsdauer scheint gerade in diesem Falle die therapeutische Wirkung des Arthigons bemerkenswert.

Die übrigen drei beobachteten Fälle betrafen zwei Frauen und einen jungen Mann. Es waren Hand-, Knie- und Sprunggelenk befallen. Zweimal bestand Fieber bis 39° . Wir erzielten mit der Arthigondarreichung in 17, 23 und 30 Tagen in ähnlicher Weise wie bei den anderen Beobachtungen sehr zufriedenstellende Erfolge.

Wir erblicken nach dem Gesagten in der von Bruck eingeführten Vakzinationstherapie ein ausgezeichnetes Mittel zur Bekämpfung der gonorrhöischen Gelenkentzündungen. Unsere Erfahrungen entsprechen den von Wolfson (Berliner klinische Wochenschrift 1911 Nr. 33), Rohrbach (Dermatologische Zeitschrift 1912, Bd. 19 H. 1), Farkas (Pester Med.-Chirurg. Presse 1912 Nr. 46), Simon (Münchener medizinische Wochenschrift 1912 Nr. 10) und Dorn (Dermatologische Wochenschrift 1912 Bd. 54) gemachten. Der große Vorteil der geschilderten Behandlungsmethode besteht darin, daß wir im floriden, ja selbst fieberhaften Stadium der Gelenkentzündung, ohne Maßnahmen zur Fixation der schmerzenden Teile treffen zu müssen, mit einer aktiven Therapie einsetzen und so wirksam eine Ankylose verhindern können. Von ebenso großer Bedeutung ist die erhebliche Abkürzung der Behandlungsdauer.

(Wiener mediz. Wochenschrift 1913 Nr. 10.)

Helminthiasis.

Ein Beitrag zur Behandlung der Erkrankung an Oxyuris vermicularis. Von Dr. B. Hildebrand in Freiburg i. Br.: „Die Erkrankung an Oxyuris vermicularis stellt häufig ein ebenso hartnäckiges wie lästiges Leiden dar. Es sind infolgedessen schon sehr zahlreiche Mittel und Methoden für die Behandlung angegeben worden. Da ich im Verlauf der letzten zwei Jahre an einer Reihe von zum Teil sehr veralteten Fällen recht günstige Erfolge mit einem nur äußerlich anzuwendenden Mittel erzielt habe, so möchte ich dasselbe nunmehr einem weiteren Kreise zur Kenntnis bringen. Die Methode sucht in den Entwicklungsgang der Würmer an möglichst geeigneter Stelle einzugreifen. Bekanntlich erfolgt derselbe in der Weise, daß sich aus den durch den Mund in den Magen und Darm gelangten Eiern in letzterem die Würmer entwickeln. Die befruchteten Weibchen setzen alsdann ihre Eier entweder im Darm ab oder

sie verlassen denselben häufig durch den After, um sie in dessen Umgebung abzulagern. Von dort gelangen die Eier wieder durch die Hände des Wurmträgers in dessen Mundhöhle, und so findet ein ständiger Kreislauf statt. Im Darm selbst entwickeln sich aus den dort abgesetzten Eiern keine Würmer, sie gehen mit dem Kote ab und können dann ebenfalls in der Umgebung des Afters haften bleiben. Wird die Uebertragung der Eier vom After zur Mundhöhle verhindert, so erlischt die Krankheit mit dem Absterben der Würmer im Darm auch ohne die Anwendung innerer wurmtötender Mittel oder Klystiere. Daß diese so oft keinen Erfolg haben, kann daher rühren, daß die Würmer und die abgesetzten Eier in dem buchtigen Bau des Dickdarms und bei der Masse seines Inhaltes nicht immer mit Sicherheit erreicht und abgetötet werden. Die längere Zeit fortgesetzte Verabfolgung hoher und reichlicher Dosen wurm- und eiertötender Mittel dürfte für den Wurmträger auch nicht immer gleichgültig sein. Aus dem Entwicklungsgang der Würmer erklärt es sich, daß oft die Beobachtung peinlichster Reinlichkeit durch fleißiges Baden, Reinigung der Hände und Nägel vor dem Essen, allein schon zur Beseitigung des Leidens ausreicht. Ich selbst habe bei Patienten, welche eine Hämorrhoidaloperation durchmachen mußten, beobachtet, daß nach Ausheilung der Operationswunde auch ein vorher bestehendes hartnäckiges Madenwurmliden verschwunden war. Eine Uebertragung der Eier aus der Umgebung des Afters in die Mundhöhle war eben durch die tägliche Wundreinigung und den abschließenden Verband unmöglich gemacht worden. Eine derartige peinliche Reinlichkeit ist aber nicht oft durchführbar. Besonders wenn während der Nachtzeit Würmer dem After ent schlüpfen und ihre Eier absetzen, können letztere durch unkontrollierte Bewegungen der Hände in den Mund gebracht werden. Selbst das Anlegen von abschließenden Kleidungsstücken, wie Badehosen, während der Nachtzeit hilft nicht sicher. Das Sicherste ist, die Eier und Würmer direkt beim Austritt aus dem Darm abzutöten. Man hat zu dem Zweck die Einreibung von Quecksilber- und Argentum nitricum-Salben in die Umgebung des Afters empfohlen. Da die Anwendung derselben aber von längerer Dauer sein muß, so können sehr leicht entzündliche Reizungen des Afters und seiner Umgebung entstehen. Diese Salben haben nach meiner Erfahrung in der üblichen Zusammensetzung auch keine sichere eiertötende Wirkung. Sehr gut hat sich mir hingegen eine Salbe bewährt, welche als wirksame wurm- und eiertötende Bestandteile Kampfer, Chinin und Thymol enthält.¹⁾ Ich habe diese Salbe,

¹⁾ Die Salbe wird nach Angabe von Herrn Dr. *Hinsberg*, Freiburg, von Herrn Apotheker *Houben* in Emmendingen hergestellt und unter dem Namen Ung. Chinin. camphorat. comp. (Vermiculin) in Tuben in den Handel gebracht. Sie ist durch jede Apotheke beziehbar.

wie eingangs erwähnt, in einer Reihe von zum Teil sehr veräلتeten Fällen, welche schon mit den verschiedensten Mitteln und Methoden erfolglos behandelt worden waren, angewendet und dabei nach pünktlicher Einhaltung der Vorschriften stets völlige Heilungen erzielt. Die Anwendung ist eine sehr einfache. Morgens und abends, wömmöglich nach dem Stuhlgang, werden der After und seine Umgebung gründlich, am besten mit Seife und Wasser gereinigt. Darauf wird je nach der Größe des Patienten ein erbsen- bis kirschgroßes Stück Salbe auf die gereinigten Stellen aufgestrichen. Nach jedem Stuhlgang ist die Prozedur zu wiederholen. Vor jeder Mahlzeit sind Hände und Nägel gründlich zu reinigen. Diese Maßnahmen müssen 14 Tage bis drei Wochen täglich fortgesetzt werden. Zur Heilung genügt meist der Verbrauch von ein bis zwei Tuben. Irgendwelche Reizerscheinungen am After sind nie aufgetreten. Da diese Behandlungsmethode sich mir vor allem anderen als die sicherste und unschädlichste erwiesen hat, so habe ich sie seither nur noch ausschließlich angewendet. Ich bin überzeugt, daß meine Erfahrungen auch von anderer Seite ihre Bestätigung finden werden.“

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 3.)

Intoxikationen.

Ueber Fehlerquellen beim gerichtlich-medizinischen Nachweis von Giften. Darüber schreibt Prof. Dr. Hermann Hildebrandt, Halle a. S.: „In vielen Fällen wird es nicht schwer sein, der durch das Strafgesetzbuch gestellten Aufgabe zu entsprechen und zu entscheiden, ob „Gifte oder andere Stoffe beigebracht wurden, welche die Gesundheit zu zerstören geeignet sind“. Wenn jedoch ein Zusammenwirken von Todesursachen bzw. schädlichen Momenten in Frage kommt, ist die Entscheidung schwieriger. Die schädliche Wirkung des Methylalkohols muß sich bei Personen in schlechtem Ernährungszustande ganz besonders bemerkbar machen. Unter Umständen kann die lokale entzündungserregende Wirkung eine besonders starke sein. Bei vielen Stoffen ist die schädliche Wirkung größer, wenn sie in kleinen Dosen angewandt werden als in großen, zum Erbrechen führenden Dosen. Die kombinierte Wirkung von Veronal und Farnkrautextrakt hinsichtlich des Nervensystems gab zu verschiedener Beurteilung Veranlassung, namentlich weil die Frage des Richters dahin lautete, ob das eine oder andere Gift den Tod herbeigeführt habe, während sich zweckmäßiger die erste Fragestellung auf die Todesursache bezogen hätte. Als Kriterien, welche seitens des Sachverständigen zu erwägen sind, kommen in Betracht: die Krankheiterscheinungen des Lebenden, der Leichenbefund, die Ergebnisse der chemischen und physiologischen Untersuchung. In allen Teilen sind Fehlerquellen möglich und geeignet, zu schweren Irrtümern zu

führen. Bei den Krankheitserscheinungen ist die Unterscheidung von ähnlichen, auf andere Ursachen zurückzuführenden Symptomen zu beachten. Häufig sind nur die Symptome bekannt, da die Sekrete von der Umgebung beseitigt worden sind. Das eingeführte Gift kann schon ausgeschieden sein, wenn der Verdacht einer Vergiftung entsteht. Wichtig sind die Plötzlichkeit des Auftretens heftiger krankhafter Erscheinungen, ein Wechsel in den gewohnten Symptomen bei einem schon Kranken. Der Genuß mancher Speisen kann schädlich wirken, ohne daß absichtlich ein Gift zugesetzt wurde: Austern, Muscheln, verdorbenes Fleisch, Pilze. Die Vergiftungen durch gasförmige Stoffe werden meist durch den Geruch festzustellen sein, so daß eine Verwechslung mit komatösen Zuständen vermieden wird. Durch die Art der Wirkung wird das Strychnin vom Tetanusgift und anderen Krampfgiften zu unterscheiden sein. Eine zyanotische Färbung kann bedingt sein durch Entstehung von Umsetzungsprodukten des zugeführten Giftes selbst oder durch Bildung von Methämoglobin. Das plötzliche Eintreten heftiger Krankheitserscheinungen ist auch zu beobachten bei Rupturen von Organen, Inkarzerationen, Peritonitis; ein Nachlassen der Erscheinungen beim Vergifteten kann analog erfolgen wie bei Infektionskrankheiten. Der Leichenbefund. Namentlich in solchen Fällen, wo die Krankheitserscheinungen lediglich durch Laien beobachtet worden sind und irgend welche andere Indizien fehlen, kann der Befund an der Leiche den Verdacht einer Vergiftung nach einer bestimmten Richtung lenken. Von Wichtigkeit ist, daß selbst Aetzgifte ohne äußerlich sichtbare Verätzungsstellen den Tod verursachen können; andererseits können Aetzspuren an der Mund- und Lippenschleimhaut durch Einwirkung des Magensaftes vorgetäuscht werden, ebenso auch Hautverätzungen durch Mazeration und durch Insektenbenagung. Durch Schaben hervorgerufene Beschädigungen der Haut können Ursache von Irrtümern werden; sie zeichnen sich aus durch das Fehlen vitaler Reaktion. Der Befund von weiten Pupillen oder Totenstarre läßt an sich nicht den Schluß auf Atropin- bzw. Strychnin-Vergiftung zu; bei mit Morphinum Vergifteten sind die Pupillen nicht enger als gewöhnlich, dagegen häufig bei Vergiftung mit Physostigmin. Bei der Obduktion ist darauf Wert zu legen, daß möglichst nichts von dem in den Leichenteilen enthaltenen Gifte verloren geht, und zwar mit Rücksicht auf die Frage: „Zu welcher Zeit ist die Noxe eingeführt worden?“ Die genaue Besichtigung der Bauchhöhle gibt Aufschluß darüber, ob etwa bei Lebzeiten ein Durchbruch durch die Magenwand oder erst post mortem erfolgt ist. Die lebenden Magenwände genießen selbst gegenüber flüchtigen Aetzgiften einen gewissen Schutz, nicht dagegen das Gewebe der Speiseröhre, daher die Schleimhaut des Magens meist nur geschwellt, hyperämisch oder auch hämorrhagisch infiltriert, selten

gänzlich verätzt erscheint. Ammoniak macht am toten Tiere nicht die bekannte „blutige Imbibition“, wohl aber fällt nach Beibringung von Cyankalium die diffuse hellrote Färbung der Organe auf; sie ist eine rein chemische, während die durch Ammoniak am Lebenden erzeugte diffus rote Durchtränkung der Magenschleimhaut durch vitale Vorgänge bedingt ist. Hyperämie der Darmschleimhaut weist nicht lediglich auf ein irritierendes Gift hin; auch Kohlenoxydvergiftung kann hellrote Färbung der Dünndarmschleimhaut bewirken. Die durch Ameisen bewirkten Verfärbungen im Schlunde haben den Verdacht von Schwefelsäure-Vergiftung erregt. Wichtig ist die Erkennung von Leichenerscheinungen, bedingt durch das Aufsteigen des Mageninhaltes. Akute Darmkatarrhe haben den Verdacht auf Arsenvergiftung hervorgerufen. Die weniger akut verlaufenden Fälle von Phosphorvergiftung sind mit akuter gelber Leberatrophie verwechselt worden. Der Befund von Methämoglobin weist nicht immer auf bestimmte Gifte hin, es kann sich auch bei längerem Liegen der Leiche gebildet haben; andererseits kann es bei Fäulnis wieder verschwinden. Reizerscheinungen auf den Schleimhäuten des Magen-Darmkanales können durch Aetzglifte in bestimmten Verdünnungen oder durch anderweitige krankhafte Prozesse erzeugt sein, eventuell kann die bakteriologische Untersuchung Aufschluß geben. Bei negativem Sektionsbefund ist eventuell eine pharmakognostische Untersuchung erforderlich. Auszuschließen ist eine Vergiftung durch Alkaloide nur dann, wenn ein anatomischer Befund erhoben wird, der die Erscheinungen vor dem Tode und diesen selbst ausreichend erklärt. Die chemische Untersuchung. Trotz der chemischen Untersuchung sind in zahlreichen Fällen Vergiftungen nicht erkannt worden; es hat dies vor allem seinen Grund gehabt in ungenügend exakter chemischer Untersuchung, in störenden Einflüssen der Verwesungsprozesse. Zu den vorbereitenden Maßnahmen gehört es vor allen Dingen, daß der Obduzent das Untersuchungsmaterial richtig behandelt, ehe es in die Hände des Chemikers gelangt; der untersuchende Chemiker muß in jedem Falle den Gang der Untersuchung in allen Einzelheiten beschreiben, damit nötigenfalls ein Superarbitrium möglich ist. Bei Unglücksfällen sollten die Organe nach der Obduktion aufgehoben werden, wenn diese keine sicheren Anhaltspunkte für eine Vergiftung gegeben hat und doch die Möglichkeit einer solchen nicht auszuschließen ist. Wo die Sektion plötzlich Verstorbenen kein organisches Leiden nachweist, ist Verdacht auf Gift zu hegen und auf chemische Untersuchung zu dringen. Unter den Konservierungsmitteln ist das Formaldehyd nicht in allen Fällen zu empfehlen; er kann sich mit dem nachzuweisenden Gifte verbinden und dadurch seinen Nachweis verhindern, so beim Nachweis der Blausäure. Anwesenheit von Harn im Untersuchungsobjekte kann erschwerend wirken, indem ein im

Harn ausgeschiedenes Mittel z. B. das Leuchten des Phosphors verhindern kann. In manchen Fällen werden den gerichtlichen Chemiker die vorgefundenen Indizien auf eine bestimmte Art von Gift in den zu untersuchenden Leichenteilen hinweisen; er ist dann in der Lage, präzise die Frage zu beantworten, ob ein bestimmtes Gift aufgefunden worden ist, wenn auch zu berücksichtigen ist, daß manche Gifte im Organismus in eine Form übergegangen sein können, in welcher ihr direkter Nachweis erschwert bzw. unmöglich ist. Viel häufiger pflegt die Frage gestellt zu werden, ob ein Gift überhaupt vorhanden ist, bestenfalls soll eine Substanz von bestimmter Wirkung, z. B. ein Narkotikum oder ein die Pupille erweiterndes Mittel u. dgl., nachgewiesen werden. Eine Anzahl von Giften läßt sich aus dem Untersuchungsmaterial durch Destillation mit Wasserdampf gewinnen, die sogenannten flüchtigen Gifte. Wenn mit Weinsäure angesäuert wird, so kann etwaiges im Untersuchungsobjekt enthaltenes Ferro- bzw. Ferrizyankali unter Freiwerden von Blausäure zersetzt werden, so daß im Destillate Blausäure gefunden wird, obwohl sie ursprünglich gar nicht vorhanden war. Das Resultat der chemischen Untersuchung von Leichen auf Gifte kann einmal beeinflußt werden durch Eindringen von Giften von außen her und dann durch Veränderungen, welche sich in der Leiche nach dem Tode vollziehen und eine Änderung in der Verteilung des Giftes in den einzelnen Organen zur Folge haben, so daß nicht mehr genau derselbe Zustand vorhanden ist wie im Moment des Todes. Gase scheinen nicht tief in das Innere einer Leiche einzudringen; die livid gefärbten Totenflecke nehmen in einer CO-Atmosphäre eine hellrosarote Färbung an, worin CO-Hämoglobin nachweisbar ist. Erst nach längerer Zeit kann solches auch im Herzen nachgewiesen werden. Hinsichtlich der Blausäure hat es sich gezeigt, daß sie in der Leiche außerordentlich schnell sich verbreitet; die chemische Untersuchung ergibt keine sicheren Anhaltspunkte für die Feststellung, ob eine Einführung des Giftes in die Leiche erfolgt ist. Bei Verdacht auf Vergiftung durch Kloakengas resp. SH_2 empfiehlt es sich, Blutproben hauptsächlich aus den Kopfgefäßen resp. dem Gehirn zu entnehmen, aber so, daß sie vor Luft völlig geschützt bleiben. Unter abnormen Bedingungen kann Arsen in den menschlichen Organismus hineingelangen; bei Pflanzen und Tieren, welche in der Nähe von Kupferschmelzen leben, läßt sich in allen Organen Arsen nachweisen. Durch gewisse Umstände kann eine Lösung des Bodenarsens erfolgen. Der beweiskräftige Arsennachweis in einer exhumierten Leiche ist dann aussichtslos, wenn nach Zerstörung des Sarges die arsenhaltige Erde mit den faulenden Substanzen in direkte Berührung gekommen ist. Um das Hineingelangen von Arsen in die Leichenasche zu verhindern, sind unlängst Bestimmungen

erlassen worden. Von besonderer Wichtigkeit sind endlich die Fäulnisvorgänge in der Leiche, welche zur Deplazierung der Gifte oder auch zu deren Zerstörung führen können. Einige Alkaloide, wie Strychnin, haben sich allerdings als sehr widerstandsfähig gegenüber den Fäulnisvorgängen erwiesen. Auf der Schleimhaut des Magens und auf der Leber von faulenden Leichen sind Gebilde beobachtet worden, die den Verdacht einer Arsenvergiftung erregten, sich aber als das Kalksalz einer hochmolekularen Fettsäure erwiesen. Auf das Irrtümliche der Meinung, daß bei Vergiftungen der Hauptsitz des Giftes der Magen sei, hat schon L. A. Buchner hingewiesen; er führt an, daß bei einer Arsenvergiftung im Magen selbst durch die empfindlichsten Reagentien nur eine Spur Arsen aufgefunden wurde, während es mit Leichtigkeit in den untersten Teilen des Dickdarms nachgewiesen werden konnte. In mehreren Superarbitrien hat L. Casper den Standpunkt vertreten, daß der chemische Nachweis des Giftes im Leicheninhalte nicht unbedingtes Erfordernis zur Feststellung des Tatbestandes einer noch zweifelhaften Vergiftung sei und daß diese auch ohne jeden chemischen Nachweis angenommen werden müsse, wenn die übrigen Kriterien dafür sprechen und der Fall eine andere Deutung nicht zuläßt. Beim chemischen Nachweis von Giften ist die Beobachtung von Wichtigkeit, daß die Gegenwart bestimmter Stoffe die einem bestimmten Alkaloide zukommende Farbenreaktion verhindern kann. Besonders schwierig kann sich unter Umständen die Feststellung gestalten, ob aus exhumierten Leichen gewonnene Basen nach ihren chemischen Reaktionen auf bestimmte Alkaloide hinweisen; in einzelnen Fällen gelingt es dann durch den physiologischen Versuch, mit der fraglichen Substanz zu einem abschließenden Urteile zu gelangen. Ueber die Art, wie derartige Untersuchungen anzustellen sind, ist eingehend in dem Werke: „Der gerichtlich-medizinische Nachweis der wichtigsten Gifte“ (A. Hirschwald, Berlin 1912) berichtet worden; hier finden sich auch eingehende Hinweise auf die diagnostisch wichtigen Krankheitserscheinungen am Lebenden und am Leichenbefund, welche im vorstehenden nur andeutungsweise erwähnt werden konnten.

(Klin. therap. Wochenschrift 1912 Nr. 44.)

Ueber die **Therapie der Veronalvergiftung** berichtet Karl Tholl (Perl a. d. Mosel). Von den als Antidot bei Veronalvergiftung in Anwendung gebrachten Mitteln versagen Adrenalin und Strychnin vollständig. Atropin zeigt keine oder nur sehr unsichere Gegenwirkung. Kampfer kann nur in leichteren Fällen von Veronalvergiftung in Betracht kommen. Den meisten Erfolg zeigten Aether aceticus und besonders Koffein. Aether aceticus zeigt auch bei

veronalvergifteten Tieren eine ausgesprochene, aber schnell vorübergehende Vermehrung der Atemgröße.

(Inaug.-Dissert. Bonn 1912, —
Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 10.)

Ohrensausen.

Atropin bei Ohrensausen. Von Dr. S. Weissenberg in Elisabethgrad. Verfasser möchte darauf hinweisen, daß in vielen Fällen von Ohrensausen ohne sichtbare Ursache ihm das Atropin gute Dienste geleistet hat. Das Ohrensausen ist eines der quälendsten Symptome, gegen das der Arzt leider allzuoft ganz ohnmächtig ist. In so einem Falle fiel es Verfasser einmal ein, ganz empirisch Atropin zu verordnen, und der gute Erfolg veranlaßte ihn, seitdem dieses Mittel auch in weiteren ähnlichen Fällen mit demselben fast unausbleiblichen Resultat anzuwenden. Er wurde dabei von der verbreiteten Ansicht geleitet, daß, wie Wittmack sich präzise ausdrückt, „auch die nicht pulsierenden, gleichmäßigen, fort klingenden Geräusche durch Perzeption der Blutströmung innerhalb der feineren Gefäßbahnen bedingt sein könnten“, und strebte, „durch Aenderung der Zirkulation eine günstige Einwirkung auf die Geräusche zu erzielen“. Da das Atropin bei Schweißen und Speichelfluß erfahrungsgemäß von guter Wirkung ist, die teilweise seiner Affinität zum Gefäßsystem, ob direkt oder indirekt, ist Nebensache, zugeschrieben werden darf, so schien es zulässig, eine Probe mit diesem Präparat auch beim nicht minder lästigen Ohrensausen anzustellen, und der Erfolg rechtfertigte das Vorgehen.

Verfasser verschreibt gewöhnlich:

Rp. Sol. Atropini sulf. 0,01 : 15,0.

Ds. Dreimal täglich 10—15 Tropfen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 48.)

Psoriasis.

Bei der Therapie der Psoriasis erwies sich Winfield (Brooklyn) einer Allgemeinbehandlung mit Acid. lactic. und Kolonirrigation recht wertvoll, eventuell neben Anwendung von Chrysa-robin. Die Milchsäure soll den Verdauungskanal desinfizieren; die Kolonirrigation wäscht den Darm von Abfallsprodukten des Stoffwechsels rein und wirkt der Obstipation durch Anregung der Peristaltik entgegen. Die Milchsäure wird zu je 20 Tropfen in viel Wasser, eventuell Zuckerwasser gereicht. Die Menge des Einlaufs beträgt etwa $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ l physiologischer Kochsalzlösung von Körpertemperatur.

(J. of Am. ass. 1912, Bd. 59, Nr. 6, S. 416. —

Medizin. Klinik 1913 Nr. 6.)

Dr. W. Doering schreibt: „Von der Firma Knoll & Cie., Ludwigshafen, wird ein Haarwasser: **Euresolspiritus** in Handel gebracht, welcher gegenüber den bisherigen Mitteln mir mehrere Vorzüge zu haben scheint. Ich habe es bei Psoriasis capitis gebraucht. Schon nach ein bis zwei Waschungen verschwindet das lästige Jucken wie die Schuppenbildung gänzlich. Die Anwendung ist äußerst einfach. Gleich nach dem Aufstehen früh besprengt man die Kopfhaut mit dem Spiritus und verreibt ihn mit den Fingerspitzen. Damit ist alles geschehen. Man braucht den Kopf nicht zu waschen, wie bei anderen sonst guten Haarmitteln, was in der kühlen Jahreszeit leicht zu Erkältungen führt. Bis zur Beendigung der Toilette ist die Kopfhaut und das Haar völlig trocken. Ein Einfetten ist, da der Spiritus etwas ölige Konsistenz besitzt, unnötig.“

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 6.)

Rachitis.

Zur Aetiologie der Rachitis, auf Grund ihrer therapeutischen Beeinflussung durch Hypophysenmedikation. Von R. Klotz (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Tübingen). Das Medikament, das K. therapeutisch verwendete, ist ein neues Hypophysenpräparat: das Hypophysochrom,¹⁾ der phosphorhaltige Farbstoff der Hypophyse, der durch Schütteln der getrockneten Drüsensubstanz mit Alkohol und Aether gewonnen wird. Zur Anwendung dieses Mittels kam K. auf Grund folgender Ueberlegung. B a b und N e u wandten Pituitrin (Hypophysenhinterlappenextrakt) mit Erfolg bei Osteomalazie an. Derselbe war jedoch inkonstant; einmal versagte Pituitrin sogar vollständig, in diesem Falle tat hingegen Phosphor gute Dienste — der heilsame Einfluß des Phosphors bei der Osteomalazie ist ja seit langem schon bekannt. Nun ist aber die Hypophyse besonders reich an Phosphor, wie andere Drüsen wiederum andere Elemente in besonderer Menge aufweisen, so z. B. die Schilddrüse das Jod, die Nebenniere den Schwefel. So, wie wir der Schilddrüse eine führende Rolle in dem Jodstoffwechsel zuschreiben, sollten wir doch demnach berechtigt sein, für die Hypophyse eine entsprechende Rolle im Phosphorstoffwechsel in Anspruch zu nehmen, zumal wir heutzutage doch immer mehr Einblick in den wichtigen Einfluß der Drüsen mit innerer Sekretion auf den Mineralstoffwechsel des Organismus gewinnen.

¹⁾ Das Hypophysochrom wird in Tabletten von der chemisch-pharmazeutischen Fabrik Dr. Laboschin, Levetzowstr. 23, Berlin, geliefert. Man beginnt mit einer Tablette täglich zu zwei Malen gereicht, steigert alle 2 Tage um eine Tablette bis zu 3 Stück täglich (bei Kindern über 1½ Jahren bis zu 4 bis 5 Stück) und bleibt auf dieser Höhe. Das Präparat wurde K. in freigiebigster Weise von Dr. Laboschin zu seinen Versuchen umsonst zur Verfügung gestellt.

Unsere Kenntnisse über den Phosphorstoffwechsel überhaupt sind nicht groß; bei der Osteomalazie sind wir ungenau über denselben infolge der nicht übereinstimmenden Untersuchungsergebnisse orientiert; bei der Rachitis ist es etwas besser darum bestellt. So fand Schabad z. B., daß durch Phosphorlebertran die Retention des Kalkes und des Phosphors bei rachitischen Kindern gesteigert wird. Während auch Lebertran allein eine ähnliche Fähigkeit, allerdings in geringerem Maße, aufwies, führte Phosphor allein, als Element verabreicht, einen Kalkansatz nicht herbei. Was günstig im Lebertran wirkt, darüber war man sich nie ganz klar; im allgemeinen sprach man die Fette als die wirksame Substanz an. Neuere Versuche von Schabad und Sorowitsch zeigen jedoch, daß die Fette es nicht sein können, die den heilsamen Faktor bilden. Neben dem Hauptbestandteil: dem Fett — das 99,70% ausmacht — sind im Lebertran ansehnliche Mengen von Phosphorsäure enthalten, aller Wahrscheinlichkeit nach als Nukleinsäure des Nukleins und als Glycerinphosphorsäure des Lecithins. Es ist dies auch verständlich, wenn man bedenkt, daß der Lebertran durch ein Auslaugen der faulenden Leber gewonnen wird, die ja als nukleinreiches Organ bekannt ist. Es dürfte also als wirksames Prinzip des Lebertrans wohl sein Phosphorreichtum in Erwägung zu ziehen sein. Es steht fest, daß der Phosphor als solcher in Substanz keinen günstigen Einfluß auf Rachitis ausübt, vielleicht weil er dann in einer dem Körper nicht entsprechenden Form einverleibt wird. Wenn derselbe jedoch in einer adäquaten Verbindung dargeboten wird, als Nuklein- oder Glycerinphosphorsäure — im Lebertran z. B. —, so ist er wohl imstande, am Organismus anzugreifen. Um sich darüber Klarheit zu verschaffen, wählte K. im Vorversuch ein Lecithinpräparat: den Lecitholmalzextrakt, der in 100 g 2,5 g reines Lecithin enthält. In den drei Fällen, wo er ihn anzuwenden Gelegenheit fand, trat nach kurzer Zeit (etwa vom 14. Tage an) eine deutliche Besserung der statischen Funktionen und vor allem eine beträchtliche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Dieses ließ bei dem einen Kind fast wie im Experiment wieder nach, als man mit dem Präparat aussetzte, und mit Verabfolgen desselben trat sie wieder ein. Einen Fall behandelte K. nachträglich, weil die Besserung nur langsame Fortschritte machte, mit Hypophosphor-tabletten, worauf prompt eine Beschleunigung der Heilung einsetzte. Hatte K. mit der Zuführung des Phosphors in Form von Lecithin schon gute Erfolge zu verzeichnen, so, folgerte er, dürfte der Phosphor seine volle Wirkung am besten entfalten, wenn er dem Organismus in der Form gereicht würde, in welcher er in der Phosphorhaushalt beherrschenden Drüse vorhanden ist, nämlich: als phosphorhaltiger Farbstoff der Hypophyse. K. kombinierte diese Therapie

mit Gaben von kohlensaurem Kalk (eine Messerspitze täglich), weil die gleichzeitige Verabreichung von Kalk den Knochenaufbau beschleunigen soll. Er kann zwar leider nur mit einer sehr bescheidenen Zahl von fünf Fällen aufwarten, aber der Erfolg bei allen fünf behandelten Kindern war ein derart eindeutiger, daß eine Auslegung des Resultates als Zufallstreffer wohl auszuschließen ist. Vorausgeschickt sei, daß sich zwei Kinder unter ihnen befanden, die schon längere Zeit vorher spezialistisch mit Phosphorlebertran, Phytin, Fortossan usw. ohne jeden Erfolg behandelt wurden, es durchaus also nicht nur leichte Fälle von Rachitis waren, die K. zur Verfügung standen. Wie man aus seiner Tabelle ersieht, legte er besonderen Wert neben Beobachtung der statischen Fortschritte und dem Nachlassen der Knochenschmerzhaftigkeit auf das Festerwerden der Fontanelle, das Wachstum der Zähne, die Zunahme des Appetits, die Besserung des Ernährungszustandes und die Veränderung des ganzen Wesens. Sämtliche Kinder (im Alter von ein bis zwei Jahren) konnten vor der Behandlung weder stehen noch laufen, zum Teil auch nicht sitzen und zeigten stets bei entsprechenden Versuchen lebhafte Unlustgefühle. Durch eine fünf- bis sechswöchentliche Kur sämtliche — zum Teil schon erfolglos vorbehandelte — Kinder zum Laufen gebracht, der Ernährungszustand bedeutend gebessert, das niedergedrückte mürri-sche Wesen vollständig umgewandelt! Und dabei kann man das Tempo der Heilung entschieden noch beträchtlich beschleunigen, da K. vorsichtshalber extrem kleine Dosen gab und auch längere Zeit beibehielt, bis er sich überzeugte, daß man dieselben unbeschadet erheblich vergrößern kann. Auf Grund der Versuche dürfte der Schluß wohl zulässig sein, daß der verabfolgte Hypophysenfarbstoff als Stimulans auf die den Phosphorhaushalt beherrschende Hypophyse wirkte und auf diese Weise eine — teilweise — Unterfunktion derselben behob. Ob außerdem noch die Tätigkeit anderer Drüsen mit innerer Sekretion bei diesen Krankheiten eine Rolle spielt, ob z. B. bei der Osteomalazie der Einfluß einer Ueberfunktion der Ovarien — wenigstens zuweilen — sich geltend macht, da die Kastration ja in manchen Fällen die Osteomalazie heilt, dies anzunehmen, liegt nahe bei den engen Beziehungen, die man neuerdings zwischen Ovarium und Hypophyse bei der experimentellen Osteomalazie, der experimentellen Kastration und der Akromegalie kennen gelernt hat, ist aber noch nicht bewiesen — wie wir uns leider überhaupt hier noch ganz auf dem Boden von Hypothesen bewegen.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 21.)

Rheumatismen.

Septischer Gelenkrheumatismus. Von Reichmann.
18jährige Patientin, die wahrscheinlich im Anschluß an Angina

Gelenkrheumatismus bekam, der septischen Charakter annahm und nicht auf Salizyl reagierte. Im Blute und im Liquor cerebro-spinalis fanden sich hämolytische Staphylokokken bei mehrmaligen Untersuchungen. Durch sehr große Kollargoldosen wurde schließlich völlige Heilung erzielt. Vortragender berichtet über weitere günstige Erfolge der Jenaer Medizinischen Klinik (T r e m b u r) bei Sepsis und bespricht das Wesen der Kollargolwirkung, das er in der Hauptsache durch das Freiwerden von Fermenten aus den zerfallenden Leukozyten sieht.

(Mediz.-naturwissenschaftl. Gesellsch. Jena, 28. Nov. 1912.)

Salinofer, ein salzhaltiger Hautcream als Ersatz für Solbäder. Von Dr. Th. Rosenbaum, Berlin. Die guten Wirkungen des lokalen Solbades bei rheumatischen und neuralgischen Erkrankungen der Extremitäten haben Verfasser auf den Gedanken gebracht, die Sole auch auf solchen Körperstellen zu applizieren, welche örtlichen Bädern wenig zugänglich sind. Er führte das zunächst in der Weise aus, daß er eine ziemlich konzentrierte Kochsalzlösung so lange mit Gelatine versetzte, bis sie bei gewöhnlicher Temperatur eine gallertartige Konsistenz annahm. Kurz vor dem Gebrauche verflüssigte er dann die Lösung durch Erwärmen in einem Wasserbade, verstrich sie so gleichmäßig auf dem erkrankten Körperteil und ließ sie an der Luft wieder zu einer trockenen, der Haut fest anhaftenden Masse erstarren. Dieses Verfahren ließ nun zwar in einer Reihe von Fällen die Wirkung der Sole deutlich erkennen, hatte aber den Nachteil, daß es ohne Gefahr der Erkältung nicht ausgeführt werden konnte. Mit der Zeit sah Verfasser sich deshalb genötigt, zu einer anderen Applikationsmethode überzugehen, nämlich zu den Kochsalzinunktionen. Als Einreibemittel benutzte er dabei ein nach seinen Angaben hergestelltes Salbenpräparat, welches die Chemische Fabrik M. Hellwig (Berlin) unter dem Namen Salinofer (Soleträger, Salzträger) in den Verkehr gebracht hat. Das Salinofer ist ein leicht resorbierbarer Hautcream von ungefähr 15% Kochsalzgehalt. Bei fortgesetztem Verreiben dringt es mehr und mehr in die Poren ein und verschwindet schließlich unter den Fingern, ohne eine störende, die Leibwäsche beschmutzende Fettschicht zurückzulassen. Die Inunktionen können in gleicher Weise erfolgen, wie sie etwa mit der grauen Salbe bei Sehnenscheiden- und Schleimbeutelentzündungen ausgeführt werden. Der Unterschied würde nur darin bestehen, daß das leicht resorbierbare Salinofer auch mehrmals täglich an derselben Stelle verrieben werden kann, ohne daß die Aufnahmefähigkeit der Haut darunter leidet. Schützende Verbände sind in der Regel nicht erforderlich. Nur bei akuten und sehr schmerzhaften Gelenkschwellungen empfiehlt es sich, den Kochsalzcream ähnlich wie z. B.

die Ichthyolsalbe in Form von Packungen zu verwenden. Die Versuche mit dem Salinofer erstrecken sich hauptsächlich auf rheumatische und neuralgische Erkrankungen. Obwohl Verfasser das Präparat in der Regel zweimal täglich mehrere Minuten verreiben ließ, hat er unangenehme Nebenwirkungen, insbesondere störende Hautreaktionen, niemals beobachtet. Dagegen war die Wirkung meist deutlicher und prompter, als sie sich nach Solbädern einzustellen pflegt. Es läßt sich dieses einmal durch die häufigere Applikation des Kochsalzes erklären, außerdem aber auch durch die Tatsache, daß die Poren der Haut wohl besser durch Inunktionen als durch Bäder durchdrungen werden. Gute Resultate sah Verfasser namentlich bei Muskelrheumatismus, bei akutem und chronischem Rheumatismus der großen Gelenke (Schulter, Ellbogen und Knie) und auch bei verschiedenen Formen der Neuralgie (Neuralgia brachialis, Neuralgia intercostalis, Neuralgia ileolumbalis und Ischias anterior). Undeutlich war die Wirkung in einem Falle von Ischias posterior und in zwei Fällen von Occipitalneuralgie. Die Reizlosigkeit des Kochsalzcreams als Einreibemittel kann wohl nicht besser illustriert werden als durch die Tatsache, daß das Salinofer auch gute Dienste in der Wundbehandlung geleistet hat. Sehr beachtenswert erschien die Wirkung des Präparats namentlich bei zwei älteren Frauen, die an chronischen Unterschenkelgeschwüren litten und die so empfindlich waren, daß sie nicht einmal eine 1½%ige Kamphersalbe vertrugen. Die eine Patientin konnte den Kochsalzcream ohne Unterbrechung anwenden, die andere mußte ihn in Rücksicht auf die größere Reizbarkeit ihrer Geschwüre einen Tag um den anderen mit Zinkpaste wechseln. Beide aber legten Wert darauf, das Präparat weiter gebrauchen zu dürfen, da sie sehr bald ein Nachlassen der Beschwerden und auch eine zunehmende Heilungstendenz feststellen konnten. Da das Salinofer, abgesehen von seiner bequemen Anwendungsweise, auch den Vorzug der Billigkeit hat, so kann Verfasser es ebenso wohl für die allgemeine Praxis, als auch für Versuche in Krankenhäusern empfehlen.

(Medizin. Klinik 1913 Nr. 6.)

Rotlauf.

Ein Fall von Schweinerotlauf beim Menschen behandelt mit Rotlaufserum. Von Dr. med. Julius Voß, Leopoldshöhe. Am 5. August 1912 infizierte sich der Tierarzt H. R. in Leopoldshöhe bei der Impfung von Schweinen mit Rotlaufkultur selbst mit der Injektionsspritze am Mittelfinger der rechten Hand, ohne zunächst die geringe Verletzung zu beachten. Am anderen und den folgenden Tagen stellten sich an der Stelle und Umgebung kleine Bläschen mit starker Rötung und Schwellung der Haut ein, die immer mehr um sich griff und am 10. August den halben Handrücken und die

I. Phalangen der Finger der rechten Hand überzogen hatte. Es bestand ein heftiger brennender, stechender Schmerz und Spannungsgefühl, ähnlich als wenn man sich mit kochendem Wasser verbrannt hat. Eine äußere Behandlung mit Burow, Sublimatumschlägen und Salben war erfolglos geblieben. Am 10. August entschloß sich Verfasser auf Grund eines Berichtes des Prof. Dr. Gustav Günther in Wien zur Injektion von Rotlaufserum, und zwar nach Angabe für je 10 kg Körpergewicht 2 ccm Serum, im vorliegenden Falle 14 ccm, von welchen allerdings 2 ccm bei der Injektion verloren gingen. — 7 ccm rechter Arm, 5 ccm linker Arm. — Der Erfolg war gut; schon am andern Tage waren die vorher erheblichen Schmerzen und Schwellung der Haut verschwunden, eine weitere Ausbreitung hatte aufgehört; am 15. August war die Haut wieder normal, nur zeigte sich an der Injektionsstelle geringe Epithelabschuppung. Das Allgemeinbefinden des Patienten war nach der Impfung durchweg vorzüglich, die Injektionsstellen vollkommen reizlos. Fieber hat nicht bestanden. Vorliegender Fall zeigt, daß bei den durch Günther empfohlenen Dosen ein Erfolg nicht ausbleibt.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 47.)

Scabies.

Ueber die Behandlung der Scabies mit Salizylnikotinseife Kade. Von Dr. Kurt Kall (Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Würzburg). Seit zwei Jahren hat man in der Klinik eine von der Firma Dr. Kade, Berlin SO 26, hergestellte und unter dem Namen Scabosan in den Handel gebrachte Salizyl-Nikotinseife geprüft. Das Scabosan ist eine sehr weiche, leicht verreibbare Seife, von weißer Farbe und salbenartiger Konsistenz, die keine Flecken macht und eigentlich völlig geruchlos ist. Das Präparat enthält nach Mitteilung der Firma neben 10% Salizylsäure als wirksamen Bestandteil 0,08% Nikotin. Bei dieser schwachen Konzentration hat Verfasser auch bei Frauen und kleinen Kindern nie durch den Nikotingehalt bedingte Nebenerscheinungen wie Erbrechen, Durchfälle und Unwohlsein gesehen. Auch Hautreizungen sind nicht beobachtet worden. Der Urin, der stets vor und nach der Behandlung untersucht worden ist, hat nie Spuren von Eiweiß gezeigt. Auch Rezidive und postscabiöse Ekzeme hat Verfasser in der langen Zeit nicht gesehen. Gewöhnlich war das Jucken schon nach der vierten Einreibung verschwunden. Der Sicherheit wegen hat Verfasser, nach einem anfänglichen Reinigungsbad, an drei Tagen früh und abends, also sechsmal, gründlich einreiben lassen. Für einen

Erwachsenen genügen dabei 100—120 g der Seife.¹⁾ Zum Schluß folgt wieder ein Reinigungsbad, 24 Stunden nach der letzten Einreibung. Gerade bei ambulanten Patienten läßt sich die gut verreibbare Seife leicht dauernd auf den Händen halten, was bei allen salbenartigen oder stark glyzerinhaltigen Mitteln bekanntlich kaum möglich ist. Selbstverständlich könnte eine Scabieskur mit Scabosan auch schneller beendet werden. Es wurden deshalb auch anfangs stärkere Konzentrationen (an Nikotingehalt bis 0,16% der Base) geprüft. Dabei sind aber, trotzdem zwei, höchstens drei Einreibungen zu einer Kur ausreichten, bei Frauen und Kindern zuweilen leichte Nebenerscheinungen aufgetreten, die veranlaßt haben, bei der schwächeren Konzentration zu bleiben. Auch sechs Einreibungen stellen für den Patienten eine so geringe Belästigung dar, daß man diese unbedeutende Verlängerung der Behandlung für unwesentlich halten kann.

Es wurden bis jetzt 121 Fälle mit Scabosan behandelt. Rechnet man Kosten, etwaige Nachteile usw. zusammen, so kann man gerade für die ambulante Praxis das Scabosan als ein sauberes, geruchloses, nicht fettendes, zuverlässiges und reizloses Scabiesmittel durchaus empfehlen, zumal der Preis ein wesentlich billigerer ist als der anderer Mittel, soweit diese nicht bedeutende Nachteile haben.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 49.)

Ueber Ristin, ein neues Krätzemittel. Von Dr. Treitel (Aus dem Dermato-urologischen Institut von Dr. Bab und Dr. Treitel-Berlin). Zu Anfang des vorigen Jahres stellten Verfasser die Elberfelder Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. unter dem Namen Ristin ein neues Krätzemittel zu Versuchszwecken zur Verfügung. Der Hauptbestandteil des Mittels ist der Monobenzoesäure-ester des Aethylenglykols, und das Ristin ist dessen 25%ige Alkohol-Glyzerinlösung. Verfasser hat das Mittel in 20 Fällen von Scabies angewandt und ist mit dem Erfolg in jeder Beziehung zufrieden. Er ließ an drei aufeinander folgenden Tagen je 50 g der fertigen Mischung mit der bloßen Hand einreiben; bei einigen ganz besonders alten Fällen ließ er das Mittel an vier, einem Fall an fünf Tagen hintereinander anwenden. Der Juckreiz ließ nach der ersten Einreibung in allen Fällen nach und verschwand nach der zweiten bis dritten Einreibung. Die Patienten, die zum Teil mit ausgedehnten Ekzemen behaftet waren, empfanden nach der Einreibung ein leichtes Brennen, was wohl auf die Mischung mit Alkohol und Glyzerin

¹⁾ Die Firma bringt das Scabosan in den Handel in einer Originalpackung zum Preise von Mk. 4.50, die für eine vollständige Kur bei einem Erwachsenen vollkommen ausreicht.

zurückzuführen ist. Verfasser möchte besonders darauf aufmerksam machen, daß es darauf ankommt, daß das Ristin so lange mit der bloßen Hand in die Haut eingerieben wird, bis dieselbe so gut wie trocken ist und daß es sich sehr empfiehlt, wenn die Einreibung nicht durch den Patienten selbst erfolgt, sondern durch einen Leidensgefährten oder einen Masseur. In diesem Falle kommt die volle Wirkung des Mittels am besten zur Geltung, und es kann dann auch nicht mehr von der Leibwäsche oder der Bettunterlage aufgesogen werden. Rezidive hat Verfasser nur in zwei Fällen beobachtet, wo gegen Anweisung nicht die ganze Familie in Behandlung getreten war, sondern nur der Mann, der dann später wieder von der unbehandelten Frau die Scabies akquirierte. Alle anderen Kranken wurden geheilt. Das Ekzem wurde durch die Einreibungen nicht beeinflusst, verschwand dann aber schnell unter geeigneter Therapie. Für die Verwendung in der Privatpraxis ist das neue Mittel zwar ziemlich teuer, die Originalflasche kostet etwa 5 Mk., doch hat es den großen Vorteil, geruchfrei zu sein. Gerade der verräterische Geruch der wirksamsten Scabiesmedikamente, der Wilkinson'schen Salbe, des Styrax und des Perubalsams, wird von den Patienten am lästigsten empfunden und bereitet ihnen die größten Ungelegenheiten, wenn sie während der Behandlung ihrem Berufe nachgehen. Außerdem ist das Ristin völlig farblos, so daß jede Beschmutzung von Haut und Wäsche fortfällt. Ist das Ristin nun für die allerdings selteneren Fälle von Scabies in der Privatpraxis ein Mittel kat' exochen, so kann es für die großen städtischen Krankenhäuser nicht in dem Maße in Betracht kommen, wie etwa für die Krankenanstalten, die in ihren räumlichen Verhältnissen beschränkt sind und eine völlige Trennung verschiedener Gruppen von Kranken nicht zulassen. Der relativ hohe Preis des Ristins wird allerdings durch seine vorteilhaften physikalischen Eigenschaften aufgewogen, noch mehr aber, wenn man dabei die Beschmutzung der Wäschestücke und deren schwere Reinigung nach Gebrauch von Styrax, Perubalsam und Schwefelsalben berücksichtigt, die trotz intensivster Wäsche die charakteristischen Schmutzflecken aufweisen. Dabei wird die Wäsche durch die scharfen Reinigungsprozeduren auch noch stark beschädigt und oft unbrauchbar gemacht. Ferner ist zu bedenken, daß die Reizerscheinungen und Ekzeme, die nach den früheren Mitteln ziemlich häufig auftraten, bei Anwendung des neuen Mittels fast völlig wegfallen. Die Krankenanstalten sind in der Lage, das Ristin pur. käuflich zu erwerben, das ausschließlich für die Verwendung innerhalb der Krankenhäuser in Betracht kommt, so daß sie in der Lage sind, in ihren eigenen Apotheken den Bedarf für die Krankenhauspatienten herzustellen. Dadurch

verbilligt sich das Präparat wesentlich. Verfasser empfiehlt als Rezeptformel die nachstehende:

Ristin pur.	50 g
Spiritus	125 „
Glycerin	25 „

Die Apotheken werden hierdurch keineswegs geschädigt, denn für alle anderen Patienten, ausgenommen den Bestand der Krankenhäuser, die jedoch das Ristin als Spezialität wegen des hohen Preises nicht verordnen werden, würden sie die ausschließlichen Lieferanten der „Ristin-Spezialität“, die nach obiger Formel zusammengesetzt ist, für alle übrigen Patienten, private und solche der Anstalten, die keine eigene Apotheke haben, bleiben. Die Mehrausgabe gegenüber den älteren Mitteln wird ausgeglichen durch die Schonung der Wäsche und durch den Vorteil der Geruchlosigkeit, weil eine Belästigung anderer Patienten ausgeschlossen ist und die Scabieskranken nicht in einen besonderen Raum gelegt zu werden brauchen.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1913.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Graviditätspsychose. Von Wollenberg. Eine einheitliche und nosologisch selbständige Psychose dieser Art gebe es nicht; wir sehen in der Gravidität fast nur die bekannten Formen der Katatonie und des manisch-depressiven Irreseins. Dementsprechend gibt es auch keinen irgendwie berechenbaren Einfluß der Schwangerschaftsunterbrechung auf eine gerade bestehende Psychose. Trotzdem kann die Frage, ob es überhaupt krankhafte Geisteszustände gibt, die, in der Schwangerschaft auftretend, das Leben der Mutter gefährden und deshalb die vorzeitige Unterbrechung indiziert erscheinen lassen, nicht absolut verneint werden. Es handelt sich aber dabei nicht um ausgebildete Psychosen, sondern um Psychopathien mit Angstzuständen, bei denen die Entbindung selbst den Inhalt der Angst bildet, also um eine „Tokophobie“. Wollenberg gibt unter Hinweis auf die Arbeiten von Friedmann u. a. einige Beispiele solcher Fälle, weist aber nachdrücklich darauf hin, daß auch hier die allergrößte Vorsicht herrschen müsse, und daß diese Frage für jeden Fall und auch da von Schwangerschaft zu Schwangerschaft auf das sorgfältigste geprüft werden müsse.

Diskussion: Herr Fehling: Meines Erachtens sind die Fälle von Komplikation von psychischer Erkrankung mit Schwangerschaft doch recht selten, speziell das ausgeprägte manisch-depressorische Irresein. Wie häufig kommen Frauen, ledige wie verheiratete, in die Sprechstunde, sind deprimiert oder erregt über die unerwünschte Schwangerschaft, sprechen von Selbstmord etc. Die Mehrzahl ist nach einigen

Monaten beruhigt, und die Schwangerschaft verläuft, bei moralischer Beruhigung, normal. In den letzten zehn Jahren habe ich nur zweimal wegen psychischer Erkrankung den Abort eingeleitet, beidemal unter Zuziehung des Psychiaters. Die Fälle von Abort bei Herzfehlern, Nieren- und Lungenerkrankung sind zehnmal häufiger. Auch dem akuten Verwirrtsein während der Geburt stehe ich sehr skeptisch gegenüber; in einer Serie von etwa 30,000 klinisch unter meiner Direktion verlaufenen Geburten sah ich keinen derartigen Fall; es ist sehr eigentümlich, daß solche Zustände nur bei Geburten vorkommen, wo weder Arzt noch Hebamme anwesend ist. Nur bei Morphiumskopolamin-Dämmerschlaf sah ich akute Verwirrtheit in der Geburt. — Herr L. Flocken führt einen Fall einer Fünfzehnjährigen an, welche gravida war und infolge dieses Zustandes sowie des dadurch herbeigeführten Suicidium des Vaters, an transitorischer Psychose erkrankte. Dieselbe war so hochgradig aufgeregt, daß sie beständig zweier Wärterinnen bedurfte. Nach zehnwöchentlichem Aufenthalt konnte sie geheilt entlassen werden. Hier wäre die Einleitung eines künstlichen Abortes sicherlich verfehlt gewesen, um so mehr, da der Junge, dem sie später das Leben schenkte, geistig gut entwickelt war.

(Unterelsässischer Aerzteverein, Straßburg 21. Dez. 1912.)

Wider und für Pituitrin. Darüber schreibt Stabsarzt Dr. Rieck, Frauenarzt in Mainz. „Das große Interesse, das von seiten der gesamten Aerzteschaft den Hypophysenpräparaten als wehenanregendem Mittel entgegengebracht wird, rechtfertigt die Bekanntgabe bemerkenswerter Fälle zur Sicherstellung und Klärung der Frage, bei welchen Gelegenheiten die Anwendung des Pituitrins geboten ist. Noch schwanken die Ansichten über das Für und Wider hin und her, soviel steht jedoch fest, daß Pituitrin zur Unterbrechung von Schwangerschaften wertlos ist. Ueberhaupt ist es in jeder Phase sowohl bei Früh- und Fehlgeburten zu widerraten; zu leicht treten Dauerkontrakturen hierbei auf, die einem ein späteres, operatives Vorgehen wesentlich erschweren. Ein kürzlich beobachteter Fall verlief folgendermaßen: Ich wurde am 1. November von einem Kollegen um Hilfe gebeten, bei einer Frau, die am 29. Oktober im vierten Monat eine Fehlgeburt gehabt hatte. Die fötale Frucht war spontan abgegangen, jedoch folgte die Plazenta nicht trotz Ergotindosen. Am 30. und 31. Oktober gab der Kollege dann Pituitrin, um so zum Ziele zu kommen, und versuchte dann am 1. November, die Plazenta manuell zu entfernen. Er fand jedoch den Muttermund völlig geschlossen, so daß ihm eine Ausräumung nicht opportun erschien. Ich fand den Muttermund nur eben für die Fingerkuppe durchgängig und dilatierte, was ohne besondere Schwierigkeit gelang, und schloß

die Ausräumung daran. Die Frau, eine II.-Gebärende, hatte nach dem Pituitrin heftige Schmerzen bekommen von wehenartigem Charakter, der Effekt war aber lediglich eine Kontraktion des Muttermundes, so daß, selbst wenn sich die Plazenta gelöst hätte, diese nicht zutage getreten wäre. — Ein anderer, von mir beobachteter Fall am Ende der Schwangerschaft läßt mich die Anwendung von Pituitrin warm empfehlen: Am 11. November wurde ich von der Hebamme zur Frau C. gerufen, mit der Angabe, diese blute stark. Bei meiner Ankunft fand ich eine II.-Gebärende, die ohne Wehen im Bette lag, die jedoch andauernd Blut verlor. Bei meiner ersten Untersuchung fand ich den Muttermund zweimarkstückgroß, die Portio erhalten und fühlte hinter dem inneren Muttermunde rauhes plazentares Gewebe; nach links und oben zu kam ich an die Fruchtblase; Kopf lag vor, das lebende Kind befand sich in linker Lage. Im Privathause und im Bett einen Metreurynter in den Uterus zu bringen, ist immerhin eine mißliche Sache, ich beschloß also, davon Abstand zu nehmen und lediglich die Blase zu sprengen; dies gelang auch ohne Schwierigkeit, aber ich hatte auch gefühlt, daß ich Plazentargewebe mitverletzt hatte. Es floß nur wenig stark mit Blut vermengtes Fruchtwasser ab. Die erhofften Wehen blieben aus, statt dessen setzten nun aber von neuem Blutungen ein. Es war mir klar, daß die Sprengung der Blase nicht genügte, um eine Gewähr für das Leben der Mutter zu haben: jetzt noch einen Metreurynter oder Kolpeurynter einzuführen, erschien mir, um eine Infektion zu vermeiden, ebenso wenig ratsam, wie eine feste Tamponade der Scheide. Ich nahm statt dessen meine Zuflucht zum Pituitrin, das nach kurzer Zeit Schmerzen auslöste, die nicht erheblich waren; jedoch die Blutung stand mit einem Schlage. Die Geburt verlief weiterhin unter dreimaligen Pituitrininjektionen vollkommen glatt und ohne Anwendung weiterer Kunsthilfe. Die Plazenta wurde spontan geboren, die Durchtrittsstelle befand sich zum Teil in dem einen Pol der Plazenta, die Insertion der Nabelschnur am gegenüberliegenden. — Die vielen Veröffentlichungen und die verschiedenen Anschauungen und Behandlungsmethoden bei Placenta praevia lassen zur Genüge erkennen, daß trotz allem recht erhebliche Komplikationen eintreten können; und tatsächlich befriedigen uns ja unsere Erfolge bei Placenta praevia nicht vollkommen. Wenn ich von den operativen Entbindungen hier überhaupt absehe und nur die Methoden in Betracht ziehe, die im Hause möglich sind, so bleiben uns ja außer dem einfachen Blasensprengen nur die Metreuryse, die Tamponade der Scheide oder schließlich die Wendung auf den Fuß. Allen diesen Methoden haftet der Nachteil an, daß wir die Infektionsmöglichkeiten wesentlich erhöhen. Wie sehr in den Kliniken die im Privathaus vom praktischen Arzte ausgeführte Tamponade verpönt ist, ist ja zur Genüge bekannt; diese

Fälle gelten von vornherein als infiziert, und alle Schuld wird auf den Arzt draußen abgeschoben. Bei einer Placenta praevia mit ihren weit offenen Venensinus ist die Infektionsgefahr eine viel größere. Die Einführung des Metreurynters ist ja wohl nicht so sehr der Mutter gefahrbringend, wenn auch hier mit Infektionsmöglichkeiten gerechnet werden muß, aber dem Kinde droht doch Gefahr. Wie oft weicht der Kopf des Kindes ab, und wir haben nach der Geburt des Ballons eine Querlage, die uns nun zu neuer aktiver Tätigkeit zwingt. Eine Wendung auszuführen im Beginne einer Geburt eines ausgetragenen Kindes, wenn die Weichteile kaum oder gar nicht erweitert sind, ist schon von selbst verboten. Tatsächlich blieb mir also zunächst nur die Sprengung der Blase als aussichtsvollste Therapie. Ohne Pituitrin hätte ich mich wahrscheinlich zur Einführung des Metreurynters entschlossen; das blieb mir aber völlig erspart. Das momentane Aufhören der Blutung war der beste Beweis für die Wirkung des Mittels. Bereits nach sechs Minuten hörte jedes Bluten auf. Die weitere Kontrolle der Geburt ergab keinerlei Beeinflussung der kindlichen Herztöne, die Geburt ging langsam, aber stetig vorwärts. Die Austreibung verlief schnell und normal, das Kind kam lebensfrisch zur Welt; vor allem aber blieb der ausgebluteten Mutter jeder weitere Eingriff erspart. Es ist also Pituitrin ein schätzenswertes Hilfsmittel zur Behandlung der Blutungen bei Placenta praevia. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 52.)

Zucker in der Geburtshilfe. Von Frauenarzt Dr. Oskar Piering (Prag). Zucker als Wehenmittel wird in den Lehrbüchern kaum mehr erwähnt. Auch das von Winckel'sche Handbuch führt ihn unter den inneren Mitteln zur Verstärkung der Wehen nur an, ohne ihm sonst ein Wort zu widmen. Nun ist neuerdings dem Zucker ein warmer Lobredner erstanden: Platon, dessen Arbeit im Märzheft 1910 in der Revue de vulgarisation des sciences médicales nicht erhältlich war, weshalb Verfasser den Wortlaut des Runge'schen Berichtes im Zentralblatt für Gynäkologie hier wiedergeben muß. „Verfasser weist darauf hin, daß die Verwendung des Zuckers zur Anregung der Wehentätigkeit ein altes Volksmittel in der Provinz und in der Bevölkerung von St. Jean ist. Er hält dieses Mittel allen übrigen Medikamenten für weit überlegen, abgesehen von dem Secale, das jedoch während der Geburtsperiode zu gefährlich ist. Dosen von 5—15 g vermehren unbedingt die Wehentätigkeit, vor allem, wenn es in konzentrierten Lösungen gegeben wird, sie müssen in Zwischenräumen von je zehn Minuten dargereicht werden. Eine unter den Pariser Zuckerarbeiterinnen angestellte Enquête ergab, daß sie alle schnell gebären. Am meisten tritt die Wirkung des Zuckers hervor, wenn er nicht zu Beginn der Geburt,

sondern erst in späterem Verlaufe derselben gegeben wird. Die Wirkung tritt durchschnittlich nach zehn Minuten auf. Ein weiterer Vorteil des Zuckers besteht darin, daß er nicht giftig ist und seine Verwendung auf keinen Widerstand stößt. Er hat keine Nachblutungen zur Folge, wie es z. B. beim Chinin beobachtet ist. Einen der Hauptvorteile des Mittels sieht Verfasser darin, daß seine Wirkung nicht auf die Muskulatur des Uterus beschränkt ist, sondern auch die Tätigkeit der Bauchdeckenmuskulatur anregt. Der Zucker stellt überhaupt ein allgemeines Stimulans für den ganzen Körper dar, ein Moment, das bei der Geburt nicht zu unterschätzen ist.“ Das ist ein schönes, vertrauenerweckendes Lob, in dem besonders die freilich nicht eindeutige Begründung mit den leichten Geburten der Zuckerarbeiterinnen überzeugend erscheint. Es verdient deshalb die Arbeit Platon's und seine Erfahrungen eine allgemeinere Beachtung bei allen Geburtshilfe ausübenden Aerzten. Verfasser kann die Anwendung des Zuckers bei Wehenschwäche auch aus eigener Erfahrung nur sehr empfehlen. Zum mindesten ist Zucker unschädlich und in mehrfacher Form zu verabreichen, zwei Vorzüge, die er vor allen wirksamen Wehenmitteln voraus hat. Verfassers Erfahrungen waren nur günstige. In neuerer Zeit hat man dem Zucker noch anderen therapeutischen Nutzen abgewonnen — vorläufig noch im Versuchsstadium! So hat Franz Kuhn vorgeschlagen, Zucker als Pulver prophylaktisch in die Scheide einzuführen. Er schreibt darüber: „Der örtlichen Verwendung von Kohlehydraten und Zucker kann in der Gynäkologie und Geburtshilfe einmal zwecks Gebrauches in den Geburtswegen, anderseits bei der Peritonitis eine erhebliche Rolle zufallen. Der Milchsäuregehalt der Vagina, der in normalen Fällen groß, in pathologischen verringert ist, und dem auch bezüglich des Puerperalfiebers eine Bedeutung zuzuschreiben ist, läßt sich durch Zuckerzufuhr in die Vagina leicht vermehren. Zucker kann ohne Schwierigkeit in konzentrierter Form in die Scheide gebracht werden, dadurch wird eine Art Dauererzeugung von Milchsäure auf vegetativem Wege ermöglicht. Die Milchsäure entsteht aus Traubenzucker und anderen Kohlehydraten unter Einfluß der Scheidenkeime, ohne daß sich bei dieser Zuckerzersetzung schädliche Nebenprodukte bilden. Die entstandene Gärungsmilchsäure, ebenso aber auch schon die stärkere Zuckerlösung wirken auf Streptokokken und andere Keime abschwächend, auch vernichtend. Das Einbringen größerer Zuckermengen in die oberen Geburtswege wäre prophylaktisch nach Geburten, namentlich auch bei beginnendem Puerperalfieber als Heilverfahren therapeutisch in Erwägung zu ziehen. Diese Depots wären in der Lage, die Geburtswege auf längere Tage mit einem Zucker- und Säurestrom zu überziehen, jede alkalische Zersetzung unmöglich zu machen und so die Infektion zu verhüten und zu heilen.“ — Inter-

essant ist auch die Begründung dieses Heilverfahrens bei der Peritonitis: „Der Zucker ist ein mächtiges Mittel, um durch den Antagonismus der Keime die chemisch-physiologischen Vorgänge in der kranken Peritonealhöhle zu beeinflussen und nach unseren Wünschen zu lenken. Vielleicht gelingt es z. B. durch Steigerung der Lebens-tätigkeit der Kolibazillen im Bauchfell und durch erhöhte Gärung derselben eine Schutzwirkung gegen infektiöse Keime zu erzielen. So viel ist jedenfalls aus einer Reihe von Beobachtungen sicher, daß die Anwesenheit von Kohlehydraten die Fäulnis der Eiweißkörper behindert und daß viele Bakterien unter dem Einfluß des Zuckers es gar nicht versuchen, der Bildung von eiweißlösenden Fermenten näherzutreten. Neben der sekretionsanregenden Wirkung hypertotonischer Zuckerlösungen in der Bauchhöhle wird als Vorzug derselben betont, daß sie die Ptomainbildung, die Wirkung der Hämolyse und der Toxine verhindern. Von den Zuckerarten empfiehlt Verfasser den Traubenzucker, den man nach seiner Ansicht auch in stärkeren Konzentrationen im Bauchfell verwenden darf.“ Wenn weitere Untersuchungen die Richtigkeit dieser gut erdachten Anschauungen bestätigen, so wird die Wissenschaft wie auch die Praxis großen Gewinn daraus ziehen. Endlich wurde in letzter Zeit mehrfach Stimmung gemacht für reichlichen Genuß von Zucker bei Herzfehlern und Herzschwäche. Hervorragende Kliniker, wie v. J a k s c h, G. S e e u. a. empfehlen bei Herzmuskelschwäche Milchzucker in Gaben von 100 g pro Tag. Ihre Berechtigung findet diese Therapie in den Untersuchungen von A d a m k i e w i c z, welcher im Zucker die Energiequelle des Herzens erblickt. Das Herz braucht zu seiner Ernährung eine gemischte Kost, wie sie in der Zusammensetzung unserer Nahrung gegeben ist; während das Herz als Muskel von diesen Stoffen lebt, wird seine Arbeit von einem bestimmten Körper, dem Zucker, geleistet. Auf Grund dessen geht S e l i g in seiner gediegenen Arbeit noch einen Schritt weiter und läßt jeden seiner Herzkranken täglich ein gewisses Zuckerquantum nehmen, um den Herzmuskel funktionsfähig zu erhalten, speziell aber dort, wo die Zeichen einer Insuffizienz sich geltend machen. Am einfachsten ist dazu die Verordnung, die Mehlspeisen stark gesüßt zu nehmen, manchem Kranken sagt besser die Vorschrift zu, Bonbons im Munde zerfließen zu lassen. Auch Schokolade oder ein Glas Zuckerwasser früh nüchtern sind zweckentsprechende Verordnungen, am meisten aber bevorzugt S e l i g eine Dattelkur. Die Dattel hat den höchsten Zuckergehalt — 36%. Er beginnt mit drei Datteln täglich, läßt jeden folgenden Tag eine mehr nehmen, bis die Tagesdosis von 25 erreicht ist. Fruchtzucker wird als Honig in Gebrauch gezogen. Bezüglich der Zuckerarten wird der Rohrzucker zumeist vorgezogen.

Selig sah bei dieser Zuckerkur stets günstige, mitunter überraschende Erfolge. Kranke, welche wegen schwerster Dyspnoe und Mattigkeit sich in der Ebene mühsam schlepten, wurden von Tag zu Tag leistungsfähiger, wenn man ihnen Zucker verabreichte, so daß sie schließlich selbst Treppen steigen konnten ohne sichtliche Ermüdung. — Dingle erzählt von einem 28jährigen Bleigießer mit allen Symptomen eines Mitralfehlers und mit Herzschwäche infolge von Ueberanstrengung. Strenge Bettruhe, passende Diät, allerlei Medikamente brachten nur vorübergehende Besserung. Nach einem halben Jahr ließ Dingle ihn täglich 150 g Rohrzucker nehmen. Der Aszites, der in den letzten zwei Monaten zweimal punktiert werden mußte, blieb aus und der Patient erfreut sich seit sechs Monaten eines zunehmenden Wohlbefindens und wird wieder leichte Arbeit tun. Aehnlich berichtet Carten von einer 62jährigen Dame mit Myodegeneratio cordis und mit Klappenfehlern an der Mitralis und Aorta, völlig energielos und unfähig zur geringsten Anstrengung. Acht Monate wurde sie medikamentös behandelt, leichte Besserung, noch immer große Schwäche. Die dann eingeleitete Zuckerkur (täglich 60—120 g) brachte schon von der Mitte der zweiten Woche an deutliche Besserung, am Ende der fünften Woche war sie ausgesprochen, Patientin konnte jetzt drei Meilen weit gehen. Die Schwäche und Schlaffheit hatte einem Gefühl von körperlicher und geistiger Rüstigkeit Platz gemacht. Die Kenntnis solcher Fälle und der darauf begründeten einfachen und wirkungsvollen Therapie der Zuckerdarreichung ist für jeden Geburtshelfer gewiß wichtig. Wenn auch die Kombination von Gravidität und Herzfehler nicht gerade häufig ist, so kommt doch jeder in die Lage, gegen Störungen des Herzens vorgehen zu müssen. Da bietet es nun eine gewisse Beruhigung, zu wissen, daß auch bei relativ ernsten Störungen, wenn die üblichen Herzmittel versagen, immer noch der Zucker helfen kann. Vielleicht kann der Zucker auch für die Prophylaxe von Bedeutung sein. Selig weist hin auf die große Schar junger Mädchen, welche, um schlank zu bleiben, absichtlich hungern und noch viel Sport treiben. Gerade hier konnte er sehr häufig eine starke Beeinträchtigung der Herzfunktion beobachten und durch größere Nahrungsaufnahme auffallend bessern. — Wie viele dieser Mädchen treten aber in diesem unterernährten Zustande in die Ehe, werden durch die bald eintretende Gravidität mit dem häufigen Erbrechen, den psychischen Sorgen und sonstigen Beschwerden noch schlimmer und kommen ganz widerstandsunfähig zur Entbindung, deren langwieriger, schwerer Verlauf mehr durch die konstitutionelle Schwäche, als durch die größere Straffheit der Weichteile bedingt ist. Verfasser möchte hier auf Grund der Erfahrungen vorschlagen, neben guter Ernährung

schon in der Schwangerschaft regelmäßig ein Zuckerquantum täglich zu verabreichen, etwa in Form der Selig'schen Dattelkur.

(Prager med. Wochenschrift 1913 Nr. 3.)

Zum Kapitel „**Schmerzlose Entbindungen**“ schreibt Dr. A. Voll (Furth): „Ich gab früher zunächst eine ausgiebige Dosis Morphinum und erreichte dadurch, daß die Schmerzhaftigkeit der Wehen nicht mehr zum vollen Bewußtsein kam. Infolgedessen wurden die Wehen bedeutend besser verarbeitet, allerdings wurden dieselben auch seltener, indem sie in längeren Pausen eintraten. Dies war ein Mißstand, aber dadurch wurden die Weichteile besser vorbereitet, so daß die Gefahr eines Dammrisses sehr vermindert wurde. So schmerzhaft nun auch die Wehen sind, noch schmerzhafter ist der Durchtritt des Kopfes durch den aufs äußerste gedehnten Damm. Dieses aber läßt sich sehr leicht vermeiden durch eine einfache Einspritzung von Kokain mit Adrenalin- oder Suprareninzusatz. Zu diesem Zweck desinfiziert man den Damm mit Benzin und injiziert 1 ccm der Lösung, indem man ungefähr 2 cm vom freien Saum des Dammes einsticht und die Spitze langsam gegen diesen entleert. Eine Gefährdung des Dammes tritt hierdurch nicht ein. Es kam nur selten zu einem Riß und wenn schon, nur zu einem kleinen, der sich sofort schmerzlos nähen ließ. Die Nachgeburt folgte ohne größeren Blutverlust nach ungefähr einer Stunde.“

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 6.)

Syphilis.

Ueber Ikterus bei der hereditären Syphilis.¹⁾ Von Oskar Rosenberg (Aus dem Berliner Städtischen Kinderasyl und Waisenhaus). Die Lehre vom Ikterus bei der hereditären Syphilis ist seit den umfangreichen Arbeiten Hochsinger's Gegenstand der Kontroverse geworden. Auf Grund seiner Erfahrungen an einem großen Material und unter kritischer Würdigung der Literatur hat Hochsinger die Meinung ausgesprochen, daß die syphilitische Erkrankung der Leber beim Säugling nicht Ikterus zu erzeugen pflege. Diese Beobachtung haben Heubner und Finkelstein nicht bestätigen können. Vielmehr konnten sie in ihren Lehrbüchern an der Hand einiger Fälle demonstrieren, daß gelegentlich die Gelbsucht als Symptom der Leberlues beim Säugling vorkommen könne. Hochsinger hat nun neuerdings seine ursprüngliche Ansicht etwas eingeschränkt, aber in der Hauptsache hält er sie doch aufrecht; somit ist die Frage noch keineswegs geklärt, und es wird nötig sein,

¹⁾ Vortrag im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde, Sektion für Pädiatrie, am 26. Februar 1912.

durch eine größere Kasuistik sich zunächst ein Bild zu machen, ob und inwieweit der Ikterus überhaupt in direkter Abhängigkeit von derluetischen Erkrankung der Leber und des Gallenapparates vorkommt. Die zweite Frage wäre die, ob es möglich ist, aus der Koinzidenz des Ikterus mit anderen syphilitischen Manifestationen bestimmte Schlüsse auf die Art der Läsion, die Diagnose und Prognose des einzelnen Falles zu ziehen. Leider gibt uns die Literatur über diese Einzelheiten so gut wie keinen Aufschluß. Die Konstatierung, „daß der Ikterus bei der hereditären Syphilis vorkommen könne“, ist meist die Summe dessen, was über diese Zustände gesagt wird. Soviel ist sicher, daß der Ikterus bei der hereditären Lues als ein seltenes Vorkommnis anzusehen ist, und von den wenigen publizierten Fällen ist noch ein guter Teil wegen der nicht sicher stehenden syphilitischen Aetiologie in Abzug zu bringen. Es wird nun von R. über einige Luesfälle mit Ikterus berichtet, die in ihrem klinischen Verhalten und in ihren anatomischen Befunden Unterschiede untereinander aufweisen, und aus diesem Grunde mehr als nur ein kasuistisches Interesse verdienen. Bei einer Gegenüberstellung der mitgeteilten Krankengeschichten lassen sich folgende Formen unterscheiden:

1. Ein angeborener schwerer Ikterus, entstanden auf der Basis eines Verschlusses der großen Gallengänge durch ein Gumma der Leberpforte, also ein echter Stauungs- oder mechanischer Ikterus (Peripylephlebitis gummosa).

2. Ein schwerer Ikterus, durch antiluetische Kur geheilt, wahrscheinlich bedingt durch eine Cholangitis gummosa.

3. Ein schwerer Ikterus, entstanden während der ersten Eruptionsperiode, mit parenchymatöser Degeneration der Leberzellen, ohne nennenswerte interstitielle Entzündung.

4. Ein Ikterus, wiederum entstanden um die Zeit der Hauteruptionen bei bereits bestehender hochgradiger interstitieller Hepatitis.

5. Zwei schwere Fälle von Ikterus während der Periode der ersten Hauteruptionen, kompliziert durch gleichzeitig bestehende Infektionskrankheiten.

Mit Ausnahme des mechanisch entstandenen Ikterus im Fall I konnten in sämtlichen Fällen nur Vermutungen bezüglich des anatomischen Substrates des Ikterus ausgesprochen werden, zum Teil mußte mit der Feststellung des anatomischen Befundes auf weitergehende Schlüsse bezüglich der Entstehung des Ikterus verzichtet werden. Diesem Non liquet gegenüber geben die auffallenden klinischen Uebereinstimmungen vielleicht einen Fingerzeig. Es dürfte doch mehr als ein Zufall sein, daß wiederum, mit Ausnahme des ersten Falles, alle übrigen ikterischen Erkrankungen zu der Zeit entstanden, wo auch andere syphilitische Manifestationen an der Haut und den

Schleimhäuten in die Erscheinung traten, daß also der Ikterus nach dem Latenzstadium in die sogenannte erste Eruptionsperiode der hereditären Lues fiel. Sollte es sich hier vielleicht um ein Analogon zu der in der Frühperiode der akquirierten Lues auftretenden Gelbsucht handeln? Die klinischen Bilder sind so auffallend ähnlich, daß diese Vermutung gerechtfertigt sein dürfte, obwohl die Literatur derartige Vorkommnisse nicht aufzuweisen scheint. Trotz der Verschiedenheit des anatomischen Befundes liegt allen wahrscheinlich ein und dieselbe den Ikterus auslösende Schädigung zugrunde. Es wären schließlich nur noch einige Worte über den Ikterus im Verlauf der Lues zu sagen, der durch anderweitige Infektionen kompliziert war. Hier läßt sich natürlich der Einwand erheben, daß derartige schwere Infektionen auch ohne die Lues mit einem Ikterus einhergehen können, daß es sich hier also um einen septischen Ikterus handle, eine Annahme, für die auch einigermaßen der mikroskopische Befund sprechen könnte. Dagegen ist nun zu sagen, daß die Untersuchung der Leber auf Bakterien in beiden Fällen ein negatives Ergebnis hatte, daß ferner in dem einen Falle, in dem eine Blutuntersuchung vorgenommen wurde, keine Bakteriämie vorlag. Immerhin läßt sich der Einwand nicht von der Hand weisen, aber es muß auch darauf aufmerksam gemacht werden, daß der ohne komplizierende Infektion verlaufene Fall von Ikterus ebenfalls eine parenchymatöse Entartung zeigte. Nach Finkelstein ist eine Anzahl der als syphilitisch bezeichneten Ikterusfälle wahrscheinlich als eine „zufällige Komplikation mit einer der nicht spezifischen Arten des Ikterus“ aufzufassen. Vielleicht kann R. für seine Fälle einen Mittelweg einschlagen. Da der Ikterus hier ebenso gut wie in einem Teil der reinen Fälle um die Zeit der ersten Eruption der Syphilis auftrat, so ist es vielleicht anständig, hier eine Mischinfektion, vielleicht auch eine Intoxikation plus Infektion oder auch zwei toxische Schädigungen (Syphilis + Infektion) für die Entstehung des Ikterus anzuschuldigen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 16.)

Hemiplegie im Frühstadium der Syphilis. Von Dr. B. Schlüchter (Städtische Nervenheilanstalt in Chemnitz). Der Fall scheint nach mehr als einer Richtung hin beachtenswert. Der Ursprung der syphilitischen Infektion bei der Patientin war zunächst unklar, da der Wassermann im Blute des Ehemannes anfangs negativ war. Doch erwies sich der Verdacht auf eine konjugale Lues durch den positiven Ausfall der Stern'schen Modifikation bei der zweiten Untersuchung des Blutes des Ehemannes als berechtigt. Auch der Verlauf der luetischen Infektion war ein eigenartiger. Sie trug den Charakter einer malignen Lues. Darauf wies sowohl das Aussehen des Exanthems, als auch das frühzeitige Auftreten von Er-

scheinungen hin, die dem tertiären Stadium der Lues angehören. Daß die Syphilis schon im sekundären Stadium das Zentralnervensystem ergreifen kann, ist bekannt. Immerhin dürften Fälle wie dieser, wo schon sechs Monate nach der Infektion sich die ersten Vorboten einer Hemiplegie zeigen, nicht allzu häufig sein. Es handelte sich in dem Falle um eine ziemlich typische rechtsseitige Hemiplegie. Der Herd war vermutlich in der inneren Kapsel gelegen. Gegen einen Sitz im Kortex oder Stabkranz spricht die große Ausdehnung der Lähmung und das Fehlen von Reizerscheinungen (Konvulsionen, stereognostische und sensible Störungen, Aphasie). Für einen Prozeß an der Basis waren keine Anhaltspunkte gegeben, da die Hirnnerven mit Ausnahme des rechten Fazialis frei waren, auch die Art der Lähmung machte dies unwahrscheinlich. Die ganze Entstehung des Gehirnleidens, die der Lähmung lange vorausgehenden Vorboten, die in passageren Schmerzen, Parästhesien und Schwächezuständen der rechten Körperhälfte bestanden, das Einsetzen der Lähmung ohne eigentlichen Insult lassen vermuten, daß es sich um einen endarteriitischen thrombotischen Prozeß im Gehirn gehandelt hat, wenn man auch ein Gumma nicht ganz ausschließen kann. Bei der eingeschlagenen Behandlung war maßgebend, daß die ursprünglich von anderer Seite eingeleitete Hg-Medikation zu keinem Resultate geführt, ja sogar die Kräfte der Patientin stark mitgenommen hatte. Es schien daher ein Versuch mit Salvarsan angezeigt. Verfasser hatte dabei das Prinzip, kleine Dosen in kurzen Intervallen mehrmals zu wiederholen (sechs Infusionen à 0,1 g). Gleichzeitig hielt Verfasser es für angebracht, eine ganz leichte subkutane Quecksilberbehandlung mit dem Salvarsan zu verbinden und frühzeitig mit Jodkalium zu beginnen. Nach Beendigung der Hg-Salvarsankur wurden noch zehn Enesolinjektionen nachgeschickt. Mit dem Resultat dieser Behandlung konnte man in jeder Weise zufrieden sein. Das Exanthem im Gesicht, das die Patientin arg entstellt hatte, bildete sich rasch zurück. Das Geschwür am Gaumen war schon nach wenigen Tagen zugeheilt. Die Kräfte der in ganz elendem Zustand eingelieferten Patientin hoben sich zusehends, und vor allem stellte sich die Funktion der gelähmten Muskeln sehr schnell wieder her, so daß bei der Entlassung nur noch eine ganz minimale Funktionsbehinderung bestand. Sehr schön konnte die Besserung der Lähmung auch ganz objektiv an dem allmählichen Wiederauftreten und Stärkerwerden der rechtsseitigen Bauchreflexe, wie an dem allmählichen Erlöschen des Babinski'schen Phänomens auf der rechten Seite beobachtet werden. Irgend eine Schädigung hat Verfasser bei dieser Behandlung nicht gesehen. Die Salvarsaninfusionen wurden ausgezeichnet vertragen; Temperatursteigerungen traten nur nach der ersten und zweiten Infusion auf. Die rasche Besserung ist um so bemerkens-

werter, als die Prognose bei der arteritischen Form der Hirnlues im allgemeinen nicht als günstig angesehen wird.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 44.)

Tabes.

Tabès et puerpéralité. Par J. G. Straik. Die hauptsächlichsten Ergebnisse, zu denen Verfasser gelangt, sind folgende:

1. Im allgemeinen führt die Tabes bei der Frau eine frühzeitigere geschlechtliche Frigidität herbei als beim Manne. Trotzdem schließt dies bei der Frau eine Nachkommenschaft nicht aus, wohl dagegen beim Manne. Dies würde nach der Annahme von Herz daran liegen, daß in dem Augenblick, wo die Tabes beginnt, die Virulenz der Syphilis herabgesetzt ist und die Frucht sich auf diese Weise der Wirkung des syphilitischen Virus vollkommen entzieht. Wenn wir vom Standpunkt der Nachkommenschaft der Tabiker unser Material daraufhin betrachten, so findet man, daß auf 20 Schwangerschaften, von denen näheres über den Zustand der Kinder nach der Geburt und weiterhin bekannt ist, in zehn Fällen die Kinder sich wohl befinden; in acht Fällen starben die Kinder in jugendlichem Alter, in zwei Fällen fand eine Fehlgeburt statt, in einem Falle kam der Fötus mazeriert zur Welt. Das gibt durchschnittlich 47% lebende Kinder, 38% in jugendlichem Alter verstorbene, 15% Fehl- und Totgeburten. Diese Ziffern weichen etwas von der Statistik Spillmann's und Perrin's (vgl. dieses Zentralblatt 1911 S. 47) ab, die 40,70% bzw. 31,39% bzw. 27,71% für die drei Kategorien finden.

2. Vom Standpunkt der Schwangerschaft aus: Die Tabes behindert in keiner Weise den normalen Verlauf der Schwangerschaft. Die einzigen Eigentümlichkeiten, die sie zur Folge haben kann, sind: Nichtwahrnehmung der aktiven Bewegung des Fötus und im Moment der Entbindung Schwierigkeit bei der Austreibung und schmerzlose Entbindung.

3. Vom Standpunkte der Tabes aus: Die Schwangerschaft und die Menstruation können als Ursachen betrachtet werden, die die schmerzhafteste Symptomatologie der Tabes momentan verschlimmern. Namentlich die Schwangerschaft verschlimmert in erheblichem Maße die tabischen gastrischen Krisen und zwar in manchen Fällen in so hohem Grade, daß sie mit dem unstillbaren Erbrechen der Schwangeren verwechselt werden. Trotzdem wird der bösartige Verlauf der Tabes dadurch wenig beeinflußt.

(Thèse de Nancy 1912. —

Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

Tabès et puerpéralité. Accouchement indolore. Par A. Fruhinsholz et A. Remy. Den bisher bei Tabes beschriebenen Fällen von gleichzeitiger Gravidität fügt Verfasser einen

neuen Fall hinzu: Es handelt sich um eine 36jährige IV.-Para. Der Ehemann ist tuberkulös, soll aber nicht an Lues gelitten haben. Das dritte Mal wurde sie von einem anderen gravid. Die beiden ersten Geburten verliefen normal. Die dritte Gravidität endete mit einer Frühgeburt im siebenten Monat, 14 Tage nach einem Sturz von der Treppe. Gegen Mitte der Schwangerschaft will Patientin eine allgemeine Hauteruption mit Kopfschmerz bemerkt haben. Die jetzt typische Tabes begann vor drei Jahren. Während der jetzigen Schwangerschaft nahmen die nervösen Beschwerden erheblich zu im Vergleich zu den früheren Graviditäten. Besonders klagte die Patientin über unstillbares Erbrechen, das namentlich vormittags und im Anschluß an die Mahlzeiten auftrat. Das Erbrochene enthielt Wasser, Galle, Speisereste, gelegentlich auch Blut. Vor dem Erbrechen erschienen regelmäßig sehr heftige Krämpfe und Schmerzen, vom Epigastrium ausgehend (gastrische Krisen). Bezüglich des Genitalapparates besteht bei der Patientin Frigidität. Sie verkehrt aber doch noch, besonders zur Zeit der gastrischen Krisen, geschlechtlich, wobei sie eine gewisse Erleichterung fühlt. Die Schwangerschaft und Geburt verlief schmerzlos. Der Zustand der Patientin hat sich seither, namentlich was den Zustand der Augen und die Frigidität betrifft, verschlimmert, während die gastrischen Krisen an Häufigkeit, nicht jedoch an Intensität nachgelassen haben. Das Kind lebt, gedeiht ausgezeichnet und zeigt keine Spuren von hereditärer Syphilis. — Die Verfasser ziehen zu diesen weiteren Betrachtungen die Literatur heran, wobei ihnen freilich einige Arbeiten entgangen sind. Sie weisen zum Schluß auf die eingebildete Geburt bei tabischen Graviden hin, die sie veranlassen, die Hebamme holen zu lassen, in der Erwartung der bevorstehenden Geburt, ohne daß diese tatsächlich schon vor der Türe steht.

(Annales de gynécologie et d'obstétrique 1912 Nr. 3. —
Neurolog. Zentralblatt 1913 Nr. 1.)

Tuberkulose.

Ueber schwere zerebrale Symptome bei Phthisikern ohne anatomischen Befund. Von Dr. Erich Querner (Aus der III. med. Abteilung des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf). Die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von geheilter tuberkulöser Meningitis, die als solche sichergestellt sind durch Bazillenbefund im Liquor spinalis — färberisch oder durch Tierversuch — sind selten. Als geheilt beschriebene Fälle, die nicht in der erwähnten Weise erhärtet sind, auch wenn sie klinisch ausgesprochene Symptome der tuberkulösen Meningitis darboten, sind skeptisch anzusehen, wie auch schon Freyhan gelegentlich der Veröffentlichung eines sichergestellten Falles geheilter tuberkulöser

Meningitis betont, und lassen, wie aus dem Folgenden hervorgeht, auch eine andere Auffassung zu. Verhältnismäßig häufig beobachtet und wohl allgemein nicht im Sinne anatomischer tuberkulöser Veränderungen aufgefaßt sind die Fälle von zerebralen resp. meningealen Reizerscheinungen, die als „Meningismus“ bezeichnet zu werden pflegen. Doch ist es in Anbetracht der äußerst schlechten Prognose, welche die Fälle von wirklicher tuberkulöser Meningitis trotz der ausnahmsweise vorkommenden Heilungen bieten, von Wichtigkeit, daß Fälle mit den ausgesprochenen Symptomen einer subakut verlaufenden Meningitis im Verlauf tuberkulöser Erkrankungen vorkommen, welche keine durch die üblichen Untersuchungsmethoden nachweisbaren anatomischen Veränderungen zum Substrat haben und demgemäß eine gewisse Benignität in sich tragen. Ein Fall, der ein Beispiel für das Gesagte bildet, ist in letzter Zeit vom Verfasser beobachtet worden. Er ist von Interesse, weil er ausgesprochene, langdauernde klinische Erscheinungen der Meningitis bot, und weil er im Verlauf derselben infolge seiner vorgeschrittenen Lungentuberkulose zum Exitus kam, so daß die Sektion den überraschenden negativen Befund am Gehirn zeigen konnte. Es bestand hier die Tatsache, daß bei einem an Lungentuberkulose leidenden Patienten fast drei Wochen lang schwerste zerebrale (meningitische) Symptome bestanden, für die durch die genaueste makroskopische Untersuchung ein anatomisches Substrat nicht nachweisbar war. Für die Prognose ähnlicher Fälle ist das von großer Bedeutung; denn trotzdem ausgeprägte basale Lähmungssymptome nicht aufgetreten sind, mußte man bei der langen Dauer und dem schweren Gesamteindruck der beobachteten Symptome nach dem rein klinischen Bilde eine tuberkulöse Meningitis annehmen und die Prognose, auch abgesehen von der progressiven Lungenaaffektion, die in diesem Falle als unmittelbare Todesursache anzusehen ist, demgemäß stellen. Denn, um es nochmal zu betonen, im Gegensatz zu den bei Tuberkulösen nicht so seltenen, meist terminalen zerebralen Symptomen von kurzer Dauer handelt es sich hier um eine langdauernde zerebrale Affektion mit konstant bestehenden bzw. fortschreitenden Symptomen. Demgegenüber läßt das Fehlen anatomischer Veränderungen am Gehirn und seinen Häuten eine bedeutend größere Heilungsmöglichkeit einer zerebralen Affektion von der Art dieses Falles im Gegensatz zur wirklichen tuberkulösen Meningitis mit Bestimmtheit annehmen, wie auch ähnliche Fälle schwerster zerebraler Affektion mit Ausgang in Heilung zeigen. Wenn man nun erwägt, ob vielleicht die Untersuchung des Liquors Anhaltspunkte für die Diagnose und demnach gegebenenfalls für die Prognose in derartigen Fällen bieten könnte, so ist in dieser Beziehung auf das Fehlen der zellulären Reaktion im Liquor in diesem Falle hinzuweisen; und dieses Fehlen kann, wenn es bei wiederholter Untersuchung und

längerem Bestehen der Symptome in solchen Fällen konstatiert wird, gewisse Anhaltspunkte geben. Doch auch hier ist eine gewisse Reserve erforderlich; denn wenn auch nach allgemeiner Erfahrung eine Pleozytose als pathognomisch für die tuberkulöse Meningitis angesehen wird, so ist doch z. B. von R é n o n und T i x i e r ein Fall von sicherer tuberkulöser Meningitis eines jungen Mannes beschrieben, bei dem bei sieben Lumbalpunktionen innerhalb der letzten 25 Tage keine Zellenvermehrung im Liquor festgestellt werden konnte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 46.)

Das Novokol in der Phthiseotherapie. Von Dr. J o s e f P a - r a s s i n , Arzt des Lungenkrankendispensaires in Budapest. In der symptomatischen Behandlung der Lungentuberkulose dominieren derzeit die Kreosotpräparate, die zuerst R e c h e n b a c h im Jahre 1830 in die Therapie eingeführt hat. Auch das von der Gedeon Richter'schen Fabrik für pharmazeutische Präparate in Budapest dargestellte Novokol, resp. der Syrupus novocoli Richter und die Tablettae novocoli Richter sind Kreosotabkömmlinge. Ihren Wert hat Verfasser an 90 Patienten des Lungendispensaires in Budapest erprobt und da sie ihm in allen Fällen einen guten Dienst geleistet zu haben schienen, berichtet er über dieselben ausführlich. Das Novokol wird durch Einwirken von Phosphoroxychlorid auf Guajakol dargestellt. Es entsteht hiebei Monoguajakolphosphorsäure, deren neutrales Natriumsalz das Novokol ist. Es stellt ein weißes kristallinisches Pulver dar, das in Wasser leicht mit alkalischer Reaktion löslich ist und zirka 43,5 bis 50% Guajakol enthält. Der Novokolsirup wird Erwachsenen zu täglich drei Kaffeelöffeln, Kindern zu täglich einem Kaffeelöffel verschrieben. Die Kranken, an denen Verfasser seine Beobachtungen gemacht hat, haben während zwei bis zwölf Wochen das Mittel genommen. Es wurde in den verschiedensten Stadien der Tuberkulose ordiniert. Die Novokoltabletten zu 0,25 g wurden für Erwachsene (täglich dreimal zwei Tabletten) ordiniert. Bemerkenswert ist, daß beim Novokol nie die reizende Wirkung des Kreosots, resp. des Guajakols auf die Schleimhäute beobachtet wurde. Es wurde nie seitens der Kranken über Magenschmerzen, lästiges Aufstoßen geklagt, dagegen hat sich der roborierende Einfluß der Phosphorsäure auf den ganzen Organismus in erfreulicher Weise durch auffallende und anhaltende Gewichtszunahme bemerkbar gemacht. Von 60 Kranken, die das Novokol nahmen, sind bei 39, also 65%, Gewichtszunahmen bis 10 kg aufgetreten. Ein Moment, dessen Einfluß auf die Psyche der Lungenkranken gewiß von großer und günstiger Bedeutung ist. Noch wichtiger erscheint, daß nach Verfasser auch die objektiven Symptome, namentlich die Rasselgeräusche, günstig beeinflußt wurden, daß der Hustenreiz und der Auswurf abnahmen und auch das subjek-

tive Befinden sich stets auffallend verbesserte. Ebenso sollen die Temperatur und das Abführen wesentlich beeinflußt worden sein. Verfasser teilt dann 14 kurze Krankengeschichten mit, aus denen die Wirkung des Novokol Richter deutlich hervorgeht.

(Gyógyászat 1912 Nr. 16. —

Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 47.)

Thyreose und Tuberkulose. Von L. Saathoff (Aus der Kuranstalt Dr. Saathoff für innere und Nervenkrankheiten in Oberstdorf). Leitsätze:

1. Die Tuberkulose spielt eine wesentliche ursächliche Rolle für die Entstehung der Thyreosen einschließlich des Basedow.

2. Es handelt sich hier meistens um initiale, prognostisch günstige Formen der Tuberkulose, progresse Formen gehen seltener mit thyreotoxischen Symptomen einher.

3. Temperatursteigerungen bei anderweitig nicht komplizierten Thyreosen sind fast immer auf eine begleitende oder zugrunde liegende Tuberkulose zu beziehen. Die Existenz eines reinen Basedowfiebers wird mit Möbius nicht anerkannt.

4. Jeder Fall von gesicherter oder auch nur verdächtiger Thyreotoxie ist auf Tuberkulose zu untersuchen und bei positivem Ausfall auf Tuberkulose zu behandeln. Für schwerere oder hartnäckige Fälle bleibt die chirurgische Behandlung angezeigt.

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 5.)

Melubrin als Antipyretikum bei Tuberkulose. Von Dr. Otto Hesse (Aus der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin). Zusammenfassung: Es kann empfohlen werden, Melubrin in die Reihe der bei Tuberkulose gebräuchlichsten Antipyretica aufzunehmen; es hat den Vorzug der großen Dosierungsbreite und der Möglichkeit wochenlanger Anwendung, ohne daß, abgesehen von Schweißen, bisher irgendwelche Nebenerscheinungen oder Intoxikationen beobachtet sind. Bei Ueberdosierung scheint Kollapstemperatur möglich. Bei Erwachsenen wirken Mengen zwischen ein- bis dreimal täglich $\frac{1}{4}$ bis 1 g, meistens $1-3 \times 0,5$ g; doch muß durchaus individualisiert werden. Die Zahl der Fälle, in denen diese Dosen unwirksam waren, ist nicht unerheblich.

(Therapie der Gegenwart, Februar 1913.)

Vermischtes.

Den fiskalischen Mineralbrunnen zu Niederselters „Königl. Selters“ hat der bekannte Nenndorfer Badearzt Prof. Dr. Winckler zum Gegenstand eingehender Studien gemacht. Durch die treff-

liche Arbeit Winckler's dürfte der altberühmte Niederselterser Mineralbrunnen, welcher vor hundert und mehr Jahren die führende Rolle auf dem Weltmarkt spielte und wegen seiner bewährten Erfolge bei Husten, Heiserkeit etc. bereits sehr geschätzt wurde, beim Publikum wie bei den Aerzten wieder in gebührende Erinnerung gebracht werden. Die Publikation wird durch die Brunnen-Inspektion in Niederselters (Reg.-Bez. Wiesbaden) den Interessenten kostenlos zugesandt.

Ueber die Bedeutung des Tentoriumrisses für das neugeborene Kind. Von A. Bauereisen (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Kiel). Die elf vorggeführten Fälle beziehen sich auf 667 Geburten (Früh- und rechtzeitige Geburten), mit 47 Todesfällen von Neugeborenen. In fünf Fällen waren Tentoriumrisse stärksten Grades vorhanden, die viermal infratentoriale Blutungen und einmal eine mäßige supratentoriale Blutung zur Folge hatten und in allen Fällen für die schwer asphyktischen Kinder den Tod bewirkten. In drei Fällen handelte es sich um eine Verbindung der Tentoriumrisse mit schweren Verletzungen im Gebiete der Falx cerebri, des Sinus sagittalis und des Sinus cavernosi mit supra- und infratentorialen Blutungen. In zwei Fällen waren Verletzungen im Gebiete des Sinus sagittalis vereinigt mit flächenhaften Läsionen an der oberen Tentoriumplatte. In einem Falle wurden größere Verletzungen im Gebiete des Sinus sagittalis und des Sinus rectus konstatiert, ohne daß sich im Tentorium eine Schädigung nachweisen ließ. Ueber die Konvexität des Gehirns hatte sich eine starke Blutung entwickelt, die einseitig das Gehirn zusammendrückte. Zu gleicher Zeit war auch eine geringe infratentoriale Blutung vorhanden. Was die Symptome betrifft, so waren alle elf Kinder asphyktisch geboren. Neun davon befanden sich im tiefen Scheintod (Fehlen des Würgreflexes, Blässe der Haut, mehr oder weniger deutlicher, langsamer Herzschlag), die trotz vorsichtiger Maßnahmen bei den Wiederbelebungsversuchen nicht mehr zum Atmen gebracht wurden. Zwei Kinder wurden wieder belebt, das eine ging nach zwei Tagen augenscheinlich an Lähmung des Respirationszentrums zugrunde. Bei der Sektion fanden sich Risse an der Falx und der oberen Platte des Tentoriums mit geringer supratentorialer Blutung. Das Kind verhielt sich ruhig und litt nur dauernd unter asphyktischen Zuständen, so daß eine feinere Verletzung der Oblongata angenommen werden muß. Bei dem zweiten Kind entwickelten sich die Symptome der supratentorialen Blutung. Der plötzliche Tod des Kindes am zweiten Tage verhinderte die operative Behandlung, die von vornherein wegen der Unreife des Kindes nicht aussichtsvoll erschien. Bei der Sektion stellte es sich aber heraus, daß neben einer großen supratentorialen Blutung auch

eine geringe infratentoriale Blutung vorhanden war, die die Prognose einer erfolgreichen Behandlung noch ungünstiger machen mußte. Alle Fälle stammen von operativ beendigten Geburten. Zweimal wurde die Zange angewendet, darunter einmal ein Zangenversuch, während das Kind dann später spontan tief asphyktisch geboren wurde. In den übrigen Fällen handelte es sich um Extraktionen bzw. Anwendung des Veit-Smellie'schen Handgriffes. B. betont die Tatsache, daß der Veit-Smellie'sche Handgriff nicht wenig Fälle von erheblichen intrakraniellen Verletzungen liefert. In fünf Fällen waren die Kinder nicht völlig reif, die wegen Placenta praevia, Eklampsie und Nephritis gravidarum, teilweise nach Hysterotomia anterior extrahiert wurden. B. rät, sich bei Wiederbelebungsversuchen nach Ahlfeld zu richten, der die scheinbaren Kinder nur durch Freimachung der Luftwege und durch Aufenthalt in warmem Wasser wieder zum Atmen zu bringen sucht. Ungeeignete Wiederbelebungsversuche — und dazu sind vor allem die Schultze'schen Schwingungen zu rechnen — können bei Rissen, die zunächst ohne Blutungen bestanden, größere Blutungen bewirken und dadurch das Kind nur noch mehr schädigen. (Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 19.)

Die Bedeutung der Gewürze in der Ernährung. Von Alfred Gigon (Basel). Die Gewürz- und Genußmittel besitzen folgende physiologischen spezifischen Eigenschaften:

1. Sie vermögen die Nahrungsaufnahme angenehmer zu gestalten (psychische Wirkung). Charakteristisches Beispiel: die Riechstoffe der Fleischbrühe, des Bratens, sehr wahrscheinlich der Vanille.

2. Unmittelbare Beeinflussung der Speichel-, Magen- und Darmsekretion. Charakteristische Beispiele: der Pfeffer (*Stomachica*), das Kochsalz, die Amara.

3. Einwirkung auf die Darmflora: Haupteigenschaft der Zwiebeln, des Senfes, des Knoblauchs und anderer Alliaceen.

4. Beeinflussung des intermediären Stoffwechsels. Beispiel: das Kochsalz, der Pfeffer, das Kaffee-Zichorieninfus.

5. Einwirkung auf das Nervensystem nach der Resorption (Hirngenußmittel): Kaffee, Tee, Kakao, Alkohol, Vanille.

(Klin. therap. Wochenschrift 1912 Nr. 44.)

Tuchpapier-Servietten. Das neue Fabrikat der Tuchpapier-Servietten bedeutet einen großen Fortschritt in der Erzeugung eines Ersatzes von Textilerzeugnissen. Die Tuchpapier-Serviette „Zelltex“ (Marke S. L. C.) darf daher sowohl für Krankenhäuser, Sanatorien, Hotels, Restaurants wie auch für die Privatpflege und den Privathaushalt Aufmerksamkeit beanspruchen, und dabei stellt sie sich auch im Gebrauch erheblich billiger als Leinen-

Servietten. Dazu kommen die großen hygienischen Vorteile ihres Gebrauches, indem jede Person stets eine absolut reine, schneeweiße, nach Gebrauch verbrennbare Serviette erhält, so daß Uebertragung von ansteckenden Krankheitserregern durch Verwechslung oder Zusammenkommen im Schranke völlig ausgeschlossen ist, und die ganz weichen, geschmeidigen, trockenen Mundtücher dieser Art vielfach die oft feuchten und ungenügend gewaschenen Leinentücher verdrängen werden. Auch zur Benutzung als Rasiertuch in den Friseurgeschäften kann die „Zelltex“-Serviette sehr empfohlen werden und wird sich dort sicher besser bewähren als die oft fleckige und unappetitliche Leinenserviette. Das Fabrikat wird in leichteren und schwereren Marken hergestellt und ist zu beziehen durch die Papier-Großhandlung S. L. Cahen, Berlin C., Wallstr. 21—24. Hundert Servietten kosten je nach Größe und Schwere 50 Pf. bis 2 Mk. (Aerztliche Polytechnik 1912 Nr. 10.)

Ersatz des Gummis durch metallene Spiralfedern bei der künstlichen Blutleere. Von Stabsarzt Dr. F. Lot sch (Berlin). Vor zwei Jahren hat Stabsarzt Blecher eine metallene Spiralfeder als Ersatz des Gummischlauches bei der künstlichen Blutleere empfohlen. Die 70 cm lange Spiralfeder aus rostfreiem Material war mit Trikot umspunnen und endete beiderseits in Haken, die mittels Verschnürung zur Befestigung dienten. Die Elastizität war ebenso wie die von Gummi, über deren Dauer war ein Urteil noch nicht möglich. Als großer Vorzug wird hervorgehoben, daß das Instrument durch Kochen sterilisierbar ist. Versuche an der M a d e l u n g'schen Klinik hatten gute Resultate. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Henle-Dortmund war mit der Blecher'schen Spiralfeder nicht zufrieden. Sie schnürte zu sehr und rutschte bei konischer Form der Extremität leicht nach unten ab. Henle hat in diesem Jahre einen anderen haltbaren Ersatz der E s m a r c h'schen Gummibinde angegeben. Er verwendet rostfreien Klaviersaitendraht, der in Serpentina zu einer bindenartigen Fläche verarbeitet und durch einen Durchzug von festem Leinenband vor Ueberdehnung geschützt ist. Die Serpentina sind außerdem leicht über die Fläche gebogen, um Druck der Enden zu vermeiden. Der Leinengurt ragt an einem Ende 50 cm vor und dient als Unterpolsterung für die nachfolgenden Drahtserpentine. Die Befestigung geschieht mittels Hakens. Zur leichteren Handhabung kann man sich einer Metalltrommel zum Auf- und Abwickeln bedienen. Den etwas umständlichen Verschluß mit dem Haken hat Verfasser durch einen einfacheren ersetzt, der bereits bei dem Militärmodell des E s m a r c h'schen Schlauches erprobt ist. Um ein Rosten des Drahtes unmöglich zu machen, ist der verzinnnte Stahldraht nachträglich noch verkupfert und darüber vernickelt. Der Leinengurt

hält sehr lange und ist ohne nennenswerte Mühe und Kosten von jedermann zu erneuern. Die neue Drahtbinde kann mit Seife und Bürste leicht gesäubert werden und verträgt außerdem die Sterilisation durch Auskochen oder strömenden Wasserdampf. Sie ist in verschiedenen Längen in den Handel gebracht. Für die Blutleere am muskulösen Oberschenkel ist eine Länge von 1 m nötig. Henle machte mit der Binde nur günstige Erfahrungen. Verfasser hatte Gelegenheit, von Anfang an die Binde im Betriebe der Hildebrand'schen Klinik zu erproben. Auch er kann nur über günstige Erfahrungen berichten. Die Binde schmerzt bei längerem Liegen nicht mehr als die Gummibinde, davon konnte er sich an sich selbst und bei mehreren Kollegen überzeugen. Eine einwandfreie Blutleere ist leicht zu erzielen, wichtig bleibt auch für die neue Binde, nur so stark anzuziehen, bis der Puls (Radialis bzw. Tibialis post.) verschwindet. Einer Unterpolsterung mit Flanell, wie Verfasser sie befürworten möchte, oder mit Factis steht nichts im Wege. Um die Widerstandsfähigkeit der neuen Binde zu prüfen, genügt bei unserer konservativen Zeitrichtung auch bei größtem Material eine Zeit von mehreren Monaten nicht. Verfasser hat diesen Mangel dadurch ersetzt, daß er die Binde nachts über einer Kopffrolle straff gedehnt liegen ließ und tagsüber mehrmals im Instrumentenkocher auskochte. Die so gebrauchte Binde zeigt keinerlei Rostflecke, keine meßbare Verlängerung als Ausdruck der nachlassenden Elastizität und keinen Verschleiß des Leinengurtes. Der Preis (1 m lange Binde 8,45 M. einzeln, Firma Georg Haertel-Breslau) ist höher als bei unserem Militärmodell, trotzdem glaubt Verfasser die Aufmerksamkeit auf die Henle'sche Binde lenken zu sollen. Wer einmal bei einer notwendigen Blutleere unter kleinen Verhältnissen den einzigen, kaum je gebrauchten Gummischlauch wie Zunder reißen sah, wird die Vorteile eines unverwüstlich, elastischen Instrumentes zur Blutleere anerkennen und würdigen, die mäßige Unhandlichkeit und geringere Schmiegsamkeit gern für die unverkennbaren Vorzüge in Kauf nehmen. Die zusammengerollte Binde beansprucht mehr Platz als die Trikotbinde, ist aber trotzdem kein allzu großer Gegenstand.

(Berliner klin. Wochenschrift 1912 Nr. 42.)

Röstweizen als Diätetikum. Beitrag für den Diätzettel bei Obstipation, Neurasthenie, Herzleiden etc. Von Dr. Hirschowitz in Bad Kissingen. Weizenkörner, hell geröstet und zu einem grobkörnigen Pulver zermahlen, geben ein in der Diätetik gut brauchbares Nährpräparat, das sich durch seinen angenehm würzigen Geschmack und die vielseitige Verwendbarkeit auszeichnet. Die Zubereitung ist folgende: Man röstet Weizenkörner auf gelindem Feuer (mittels Bratpfanne oder Kaffeerösters) unter fortwährendem Um-

rühren, bis sie ganz trocken und spröde geworden sind und ihre ursprünglich blaßgelbe Farbe hellbraune Tönung angenommen hat. Zerbeißt man zur Probe ein Paar Körner, so zerspringen sie bei gutgelungener Röstung wie sprödes hartes Material, ähnlich gerösteten Kaffeebohnen. Der Duft ist würzig, angenehm. Dann werden die Körner in gewöhnlicher Kaffeemühle grob gemahlen und mit Wasser, Milch, Apfelmilch oder verdünntem Kognak oder Wein gegeben; zu Wasser und Milch Zuckerzusatz nach Belieben. Wir haben dann ein wohlschmeckendes Kohlehydrat in wenig aufgeschlossenem Zustande und mit reichem Zellulosegehalt, das infolgedessen ein Darmmassage-mittel par excellence ist. Diese Eigenschaft kann durch die mehr oder weniger grobe Art der Zerkleinerung abgestuft werden; gleichzeitig wird hierdurch und durch die Wahl der Flüssigkeit (Wasser oder Milch z. B.), schließlich durch die zugesetzte Zuckermenge der Nähr- und Nutzwert des Präparates variiert. Wertvoll ist noch die absolute Reizlosigkeit für das Nervensystem, da dieser Röstweizen — mit Milch — gut anstatt Kaffee gegeben werden kann. Trocken aufbewahrt, ist das Präparat lange haltbar und kann, wenn es Feuchtigkeit angenommen hat, wieder trocken geröstet werden. Auf Reisen bildet es ein immer gebrauchsfertiges wertvolles Nahrungsmittel. Zu beachten ist bei der Zubereitung, daß der Weizen nur hell geröstet werden darf, weil er bei dunkler Röstung leicht anbrennt (Rühren!) und scharfbitteren Geschmack annimmt, und daß er nicht zu fein gemahlen werden darf, weil sonst der Geschmack pappig wird. Vermeidet man diese kleinen Fehler, so erhält man ein gut brauchbares Nährpräparat, das sich im Diätzettel von Obstipierten (namentlich bei Atonie), von Neurasthenikern und Herzkranken vorzüglich verwenden läßt. Da es sich mir bei den genannten Krankheiten u. a. m. stets gut bewährt hat, steht Verfasser nicht an, seine Anwendung als Nahrungsmittel und Diätetikum zu empfehlen. Verfasser hat diesen Röstweizen in Chile kennen gelernt, wo er unter der Bezeichnung „harina“ ein volkstümliches Nähr- und Genußmittel bildet.

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 8.)

Hinweis.

Die heutige Nummer unseres Blattes enthält eine Beilage, und zwar von der Firma

Goedecke & Co., Leipzig und Berlin N. 4

über *Verhütung von Komplikationen bei Gonorrhoe*,
auf die wir besonders hinweisen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer, in Friedenau-Berlin..

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
Mk. 5.—ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-R. Dr. Eugen Graetzer** in **Friedenau-Berlin.**

Verlag von **Benno Schwabe & Co., Inselstraße 20, Leipzig.**

XXII. Jahrgang

Nr. 12.

September 1913

Originalarbeit.

Tuberkulose und Auge.

Von **Dr. H. Bergemann**, Augen- und Ohrenarzt zu **Husum**.
Vortrag gehalten vor der Generalversammlung der Bahnärzte des
Eisenbahn-Dir.-Bez. Altona am 16. Juni 1913 zu **Breslau**.

Die Beziehungen zwischen Auge und Tuberkulose sind näher,
als es auf den ersten Blick scheinen möchte. Die Frage ist schon
erörtert, ob in Lungenheilanstalten nicht regelmäßige Augenunter-
suchungen eingeführt werden sollten. Denn verschiedene krankhafte
Veränderungen im Auge können anzeigen, daß irgendwo im Körper
tuberkulöse Vorgänge sich abspielen, lange bevor der tuberkulöse
Herd überhaupt örtliche Erscheinungen macht.

Nach statistischen Berechnungen kommen auf 1000 Augenkranke
fünf mit Tuberkulose, in Schleswig-Holstein anscheinend noch mehr.
Alle Teile des Auges können tuberkulös erkranken. Das Krankheits-
bild zeigt die mannigfachsten Formen je nach dem Ort und der Dauer
des Bestehens. Die atypischen Formen sind häufiger als die typischen,
bei denen andere Krankheitsgrundlagen ausscheiden.

Wir wollen uns heute darauf beschränken, die tuberkulösen
Augenerkrankungen zu betrachten, die im Augapfel selbst und seinen
Schutz- und Nebenorganen vorkommen. Es fehlt an Zeit, auf die
Schädigungen einzugehen, die durch Tuberkulose in den Organen
unmittelbar oder mittelbar verursacht werden, die für das Sehen, das
Pupillenspiel, die Augenbewegungen, die Sensibilität u. a. in Betracht
kommen.

Bezüglich der Entstehung der tuberkulösen Augenerkrankungen
dürfte zur Zeit etwa folgende Auffassung am verbreitetsten sein.
In den allermeisten Fällen kommt das tuberkulöse Augenleiden
endogen-metastatisch zustande, indem die Krankheitserreger — Ba-
zillen oder deren Stoffwechselerzeugnisse — von einem tuberkulösen

Herd irgendwo im Körper in das Auge verschleppt und bei geeignetem Nährboden hier wirksam werden. Hierher gehören fast ausnahmslos die tuberkulösen Uveitiden, Keratitis parenchymatosa, Netzhauterkrankungen, die sehr seltenen Fälle von Tränendrüsenkrankungen; zum großen Teile die Tuberkulosen der Hornhaut und Bindehaut, die aber ebenso oft auch von tuberkulösen Herden aus der benachbarten Haut der Lider, Nase und Wange hervorgehen können. Die Lederhaut wird nur sehr selten primär tuberkulös erkranken, gewöhnlich erfolgt die Ansteckung von der benachbarten Gefäßhaut und Hornhaut her, seltener vom tuberkulösen Bindehautgeschwür. Rein örtliche Tuberkulose durch äußere Einimpfung, wobei der übrige Körper von Tuberkulose frei sein kann, ist beobachtet in der Bindehaut, Hornhaut und — nach Hornhautdurchbruch — in der Regenbogenhaut.

An den Lidern äußert sich die Tuberkulose hauptsächlich als Lupus, der meistens von der benachbarten Haut überwandert; seltener tritt Lupus der Lidhaut selbständig auf. Die ersten Zeichen bilden stecknadelkopf- bis hirsekorngroße feste Knötchen von dunkelrotem Aussehen, die ihre gesunde Umgebung etwas überragen. Während die ersten Knötchen narbig einsmelzen, wachsen in ihrer Nähe immer neue heran. Die Erkrankung schreitet mehr flächenwärts als in die Tiefe fort; sie führt zu narbiger Zusammenziehung der Haut. Dadurch verliert das Lid seine regelrechte Gestalt, es verkürzt sich, der Lidrand wird nach außen gekehrt, der Lidschluß immer mangelhafter. Das Auge ist nicht mehr genug geschützt gegen äußere Schädigungen durch Staub, Rauch, Austrocknung der Oberfläche. Es kommt zu Geschwürsbildung mit immer dichteren Narben, Trübungen der Hornhaut und entsprechender Sehstörung.

Eine seltenere tuberkulöse Lidhauterkrankung ist das tuberkulöse Hautgeschwür. Hierbei zerfallen die kleinen Knötchen schnell; es entstehen Geschwüre mit gelbrötlichen Wucherungen, die zu ausgedehnten Gewebeerstörungen führen können.

Die Behandlung besteht bei beiden Formen in ausgiebiger Entfernung des kranken Gewebes durch Ausbrennen, Auskratzen, Ausschneiden und bei größeren Gewebeverlusten in plastischem Ersatz aus der benachbarten Haut; auch die Röntgen-, Radium- und Finsenbestrahlung wird mit Erfolg angewendet.

Sowohl Lupus wie tuberkulöses Geschwür kann auch die Bindehaut, und zwar vornehmlich die der Lider befallen; der Lupus gewöhnlich durch Uebergreifen von der Lidhaut her, in Gestalt graugelblicher, halbkugeliger Knötchen, die eine gewisse Ähnlichkeit mit Trachomfollikeln haben können. Die Geschwürchen sind gewöhnlich umgeben von miliaren Knötchen und haben die Neigung zu schnellem Zerfall.

Eine sehr häufige Bindehauterkrankung, die oft mit einer ähnlichen Hornhauterkrankung vergesellschaftet ist und die man zeitweise auch als tuberkulös ansprach, sind die Bindehaut- und Hornhautpusteln, flache, halbkugelige gelblichweiße oder rötliche Aufsprössungen in der Bindehaut, oder gelblichweißliche Aufsprössungen in der Hornhaut, die bald geschwürig zerfallen — Man hat in diesen Pusteln niemals Tuberkelbazillen gefunden; ebenso wenig wie in der Lidddrüsenentzündung des Tarsus, im Chalazion. Es handelt sich offenbar um eine Fernwirkung durch Stoffwechselerzeugnisse aus skrofulös oder tuberkulös veränderten Lymphdrüsen an Hals und Nacken, wie sie besonders bei Skrofulösen sehr verbreitet sind. Diese Pusteln werden aber auch beobachtet bei Augen, die im Innern, z. B. in der Gefäßhaut, tuberkulös erkrankt sind; dann sind sie naturgemäß von hier aus verursacht.

Die Frage, ob die Skrofulose eine besondere, etwa abgeschwächte Form der Tuberkulose darstellt, ist bekanntlich immer noch strittig. Recht viele Skrofulöse reagieren aber positiv bei Probeeinspritzungen von Alttuberkulin, so daß also in vielen Fällen mindestens Tuberkulose gleichzeitig besteht. Die örtliche Behandlung dieser Bindehaut-Hornhautpusteln hat die besten Erfolge, wenn die Kranken zweckmäßige Ernährung, reine Wäsche und gute Luft bei Tag und Nacht bekommen. Die Aussicht auf Dauerheilung wird günstiger, wenn es dem Kranken ermöglicht wird, durch Aufenthalt an der See, im Wald, im Gebirge oder im Solbad sich zu kräftigen. Wie die Kräftigung des Allgemeinzustandes das beste Vorbeugungsmittel gegen solche Zustände ist, so ist sie auch das wichtigste Mittel gegen Rückfälle.

Bindehautpusteln bei Erwachsenen ohne skrofulöse Anzeichen sind, falls sie nicht von der Kindheit her mitgeschleppt worden, immer ernst zu nehmen. Man hat dabei sehr mit der Wahrscheinlichkeit eines irgendwo im Körper vorhandenen tuberkulösen Vorganges zu rechnen.

Während die Tränendrüse nur selten tuberkulös erkrankt, ist tuberkulöse Zerstörung des Tränensackes häufiger. Es kommt hierbei zu Wucherungen an der Innenseite der Sackwand, die schließlich die Wand durchbrechen; entweder als Fistel oder, indem die tuberkulösen Wucherungen durch den Tränenkanal nach der Nase weiter kriechen, oder indem sie die benachbarten Knochen zerstören. An der kranken Knochenstelle können sich Einziehungen der Haut bilden; ebenso wie an anderen Stellen der Augenhöhlenwand bei Tuberkulose.

Die örtliche Behandlung besteht auch hier in gründlicher Entfernung des kranken Gewebes. Die Heilung kann sich lange hinziehen, wenn trotz antituberkulöser Allgemeinbehandlung das Grundleiden nicht ausgeschaltet wird. Wenn alle entzündlichen Vorgänge

abgeklungen sind, wird man versuchen, die Entstehungen durch Paraffin zu beseitigen.

Die häufigste tuberkulöse Erkrankung des Augapfels betrifft die Hornhaut. Sie äußert sich entweder in einer dichten Trübung des ganzen Hornhautgrundgewebes, Keratitis parenchymatosa, oder in herdförmigen Veränderungen, die meist unter Mitbeteiligung der Regenbogenhaut vor sich gehen. Die kleinen Krankheitsherde haben einzeln oder zu mehreren ihren Sitz in den tieferen Hornhautschichten, häufiger nahe dem Hornhautrande als näher der Mitte. Es sind graugelbliche Zelleinschwemmungen mit serös durchtränkter Umgebung; zu ihnen ziehen sich von den tieferen Randgefäßen der Hornhaut neugebildete Gefäße hin, die nicht mit den besenreisförmigen bei Keratitis parenchymatosa zu verwechseln sind. Diese herdförmigen Erkrankungen können unter örtlicher und antituberkulöser Allgemeinbehandlung ausheilen; nicht selten aber durchbrechen sie die Hornhaut, ebenso wie es bei schwerer skrofulöser Keratitis geschehen kann. Früher behielten solche Augen einen erheblichen, dauernden Schaden durch die Einklemmung der Regenbogenhaut in die Durchbruchstelle der Hornhaut. Abgesehen von der Sehstörung und Entstellung entstand hier eine gefährliche Infektionsgelegenheit.

Dagegen haben wir jetzt ein sehr dankbares Verfahren in der K u h n t'schen Bindehautüberpflanzung auf den Gewebeverlust. Diese ermöglicht es uns fast regelmäßig, die Regenbogenhaut-einheilung zu verhüten und eine regelrechte gewölbte Hornhaut und vordere Kammer zu erhalten. Bei der anderen, sehr oft doppel-seitigen Form der tuberkulösen Hornhauterkrankung — die fast regelmäßig mit einer Uveitis anterior zusammenhängt — kommt es zu dichter Einschwemmung von Serum und Zellen zwischen das Hornhautgrundgewebe, die nicht bei allen Kranken wieder ganz zurückgeht. Es bleiben oft mehr oder weniger dichte Hornhauttrübungen zurück, die das Sehen sehr stark beeinträchtigen und manchmal bis auf geringe, praktisch kaum noch verwertbare Reste verringern können. Man wird dann durch Anlage eines neuen Sehlochs hinter der verhältnismäßig noch am besten durchsichtigen Stelle der Hornhaut sich zu helfen suchen.

An der Spitze der Heilmaßnahmen gegen tuberkulöse Erkrankungen der Hornhaut, ebenso gegen solche der Gefäßhaut, stehen die subkutanen Tuberkulineinspritzungen.

Falls sonstige klinische Anhaltspunkte für Tuberkulose nicht einwandfrei gegeben sind, dann ist der Ausfall der Probeeinspritzung von Alttuberkulin für den Heilplan maßgebend. Wir fangen an mit 1 mg Alttuberkulin subkutan, bei Kindern und Erschöpften mit verdächtiger Lunge mit $\frac{1}{100}$ mg, gegebenenfalls nur mit $\frac{1}{1000}$ mg;

alle paar Tage wird um die doppelte Menge gestiegen, bis Fieber eintritt. Die Temperaturerhöhung äußert sich am deutlichsten in den ersten sechs bis zwölf Stunden nach der Einspritzung. Es muß deshalb zweistündlich gemessen werden. Das Fieber, häufig begleitet von örtlicher Reizung am kranken oder gesunden Auge, ist fast ausnahmslos der Beweis für die tuberkulöse Grundlage der Erkrankung des Auges. Der mangelnde Nachweis sonstiger tuberkulöser Herde im Körper ist kein Gegenbeweis; jedenfalls ist an der Lunge bei Augentuberkulose sehr oft nichts Tuberkulöses zu finden.

Die subkutanen Tuberkulineinspritzungen zu Heilzwecken von T. R., von Bazillenemulsion, oder Misch tuberkulin, beginnen auch mit kleinsten Mengen, zunächst $\frac{1}{500}$ mg. Es wird alle paar Tage die doppelte Menge eingespritzt, bis Temperatursteigerung oder stärkere örtliche Reizung eintritt. Dann wird die letzte oder eine noch schwächere Menge eingespritzt, bis sie ohne Fieber vertragen wird, und darauf wieder gesteigert, bis wieder Temperatursteigerung erfolgt.

Die Behandlung kann sich Monate lang hinziehen und muß weiter fortgesetzt werden, auch wenn alle entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind. Zur Vorbeugung gegen Rückfälle, die sonst sehr leicht eintreten, muß noch Monate lang alle paar Wochen wenigstens die letzte Menge eingespritzt werden. Der Heilwert der Tuberkulineinspritzungen wird in der Augenheilkunde immer mehr anerkannt. Ich möchte jedenfalls das Mittel, mit dem ich fast zehn Jahre jetzt arbeite, nicht entbehren.

Zur Sicherheit gebe ich oft nebenher Kreosot innerlich, täglich einmal 0,05, Monate lang. In dieser schwachen Menge wird es ohne Magenbeschwerden vorzüglich vertragen.

Ebenso wie die Probeeinspritzungen von Alttuberkulin bildet auch die Calmette'sche Ophthalmoreaktion ein einfaches und zuverlässiges Verfahren, das Vorhandensein von Tuberkulose im Körper schnell zu ermitteln.

Wenn man einen Tropfen einer 1% Lösung von trockenem, durch Alkohol gefälltem Tuberkulin in den Bindehautsack gesunder Menschen träufelt, bleibt das Auge ungereizt; dagegen zeigen Träger tuberkulöser Herde jeder Oertlichkeit und Ausdehnung innerhalb 6—24 Stunden nach der Einträufelung eine bestimmte Reizung der Bindehaut. Das Verfahren nach Calmette hat aber praktischen Wert nur bei Kindern bis zu fünf Jahren, weil jenseits dieses Alters die meisten Menschen tuberkulöse Stellen haben. Die Calmette'sche Reaktion darf nur bei gesunden Augen gemacht werden.

Tuberkulose der Lederhaut dürfte nur sehr selten selbständig vorkommen, andere stets im Zusammenhang mit Tuberkulose der Hornhaut, der vorderen Gefäßhaut oder Bindehaut. Umgeben von

einem Kranz erweiterter Gefäße, sitzen die gelblichen Knoten einzeln oder zu mehreren meist nahe der Hornhaut, die Bindehaut ist über ihnen verschieblich.

Die Tuberkulose der Regenbogenhaut kann sich in drei Formen äußern: 1. als einfache Regenbogenhautentzündung; 2. als solche mit umschriebenen Knötchen in der Iris und 3. als Erkrankung des ganzen Irisgrundgewebes mit reichlicher Gefäßentwicklung und Durchsetzung der Iris mit Granulationsgewebe, das schließlich das ganze Augeninnere durchwuchern kann. Die erste und trotz der plastischen Exsudation auch die zweite Form sind verhältnismäßig günstig zu beurteilen, während bei der dritten das Auge in großer Gefahr ist, zugrunde zu gehen.

Bei der schweren Erkrankung der Regenbogenhaut ist stets der zweite Abschnitt der Gefäßhaut, der Strahlenkörper, beteiligt. Der Verlauf einer primären Strahlenkörpertuberkulose ist gewöhnlich ebenso ernst wie bei dieser dritten Form. Chronische Erkrankungen des Strahlenkörpers können mit Vernarbung und Schrumpfung des Gewebes ausheilen, wenn auch Rückfälle ebenso wie bei der Iritis besondere Beobachtung erfordern.

Die ersten oft nur ganz geringfügigen Aeüßerungen der Tuberkulose der Regenbogenhaut und des Strahlenkörpers können bei rechtzeitiger Erkennung von größter Bedeutung nicht nur für das Auge, sondern auch für die Beurteilung des Gesamtzustandes werden.

Wir kennen kleine Tuberkelknötchen in der Iris, die manchmal ohne nennenswerte Beschwerden fast spurlos verschwinden können; es bleibt an ihrer Stelle Gewebeschwund zurück, so daß später der Pupillenrand z. B. wie ausgegabt erscheint.

Eine andere Veränderung von pathognomischer Bedeutung, die nach Erkrankung der vorderen Gefäßhautabschnitte — auch oft auf tuberkulöser Grundlage — folgen kann, ist die Heterochromia iridum, d. i. die hellere Färbung der einen Regenbogenhaut, die auch durch teilweisen Schwund des Grundgewebes verursacht wird.

Für die schleswig-holsteinische Ostküste sind nach Prof. H e i n e $\frac{2}{3}$ dieser Regenbogenhautveränderungen auf krankhafte Vorgänge zurückzuführen, nur $\frac{1}{3}$ auf angeborene Anlage.

Ein weiteres Zeichen zur Einleitung einer Probetuberkulin-einspritzung und — bei deren positivem Ausfall — zu antituberkulöser Allgemeinbehandlung, sind grauweißliche, bräunliche und schwärzliche, punktförmige Ausscheidungen aus dem vorderen Abschnitt der Gefäßhaut, Niederschläge auf der Rückseite der Hornhaut, die bei seitlicher Beleuchtung mit Lupenvergrößerung schon in ihren ersten Anfängen leicht festzustellen sind.

Von großem Wert ist bei der richtigen Beurteilung solcher Befunde, daß mit der antituberkulösen Behandlung des Augenleidens die

Heilmaßnahmen für den Allgemeinzustand frühzeitig einsetzen. Das Auge läßt eben früher als irgend ein anderer Körperteil die ersten und kleinsten Zeichen der Tuberkulose erkennen, und zwar nicht nur, wenn die Tuberkulosequelle im Auge selbst, sondern gar nicht selten auch, wenn sie anderswo im Körper ihren Sitz hat. Besonders die Gefäßhaut mit ihrem weitverzweigten Gefäßnetz ist außerordentlich empfindlich gegen die Reize, die durch eine Aussaat von Tuberkelbazillen, Bazillensplittern oder ihren Stoffwechselerzeugnissen bewirkt werden. Und die übersichtliche Anlage des Auges kann dann mit Hilfe des Augenspiegels, der Lupenvergrößerung und konzentrierten Beleuchtung eine Wahrnehmung solcher Vorgänge ermöglichen, die mit ihrer Deutlichkeit gelegentlich fast an Reagensglasversuche erinnern möchte.

Auch die Aderhauttuberkulose tritt in einer akuten und in einer schleichenden Form auf; die akute hauptsächlich als Teilerscheinung der Miliartuberkulose, die ja bekanntlich schnell zum Tode führt. Seltener sind Einzeltuberkel in der Aderhaut, die langsamer wachsen, aber schließlich doch die Augenhüllen durchbrechen und das Auge zugrunderichten können. Sie sind zum Unterschiede von den chronischen Herden nicht pigmentiert.

Die schleichende Aderhauttuberkulose ist wesentlich gutartiger; sie kann sich durch Jahrzehnte bis an ein spätes Lebensende hinziehen und selbst ohne Sehstörung verlaufen, wenn die Stelle des scharfen Sehens, die Macula lutea, unversehrt bleibt.

Bei ihrer engen Nachbarschaft wird die Netzhaut von allen Aderhauterkrankungen mitbetroffen, und zwar bei der Tuberkulose mehr in ihren äußeren Schichten, Chorioretinitis, — bei der Syphilis mehr in ihren inneren Schichten — Neuroretinitis. Netzhautblutungen im jugendlichen Alter sind stets verdächtig auf Tuberkulose.

Auch zwischen Netzhautablösung und Tuberkulose können ursächliche Beziehungen bestehen. Bei den Regenbogenhautentzündungen nach Netzhautablösung ist der Ausfall der Probe-Tuberkulineinspritzung gar nicht so selten positiv. Wiederholt sind dabei tuberkulöse Erkrankungen der vorderen Gefäßhaut festgestellt worden. Solche Gefäßhauterkrankungen, durchweg schleichender Art, führen zu Verdichtung und Schrumpfung des Glaskörpers. Die Glaskörperstränge zerren an der Netzhaut und lösen sie von der Aderhaut ab.

Schließlich ist mit Hilfe der Tuberkulinreaktion noch bei der sympathischen Ophthalmie die Tuberkulose gelegentlich als alleinige oder teilweise Ursache festgestellt worden. Es werden immer mehr Beobachtungen von sympathischer Ophthalmie bekannt, bei denen nach dem bestätigenden Ausfall der Tuberkulinprobeinspritzung die antituberkulöse Behandlung überraschende Erfolge erzielt hat.

Wenn wir die jetzigen Leistungen in der Behandlung tuberkulöser Augenerkrankungen mit denen früherer Jahrzehnte vergleichen, so dürfen wir zweifellos einen erfreulichen Fortschritt anerkennen. Noch in den neunziger Jahren wurden Augen, nicht selten schon vor der Erblindung, herausgenommen, wenn der Verdacht auf Tuberkulose hinreichend begründet war. Man hielt sich dazu für verpflichtet, um einer tuberkulösen Ansteckung des anderen Auges vorzubeugen. Dies Verfahren hat heute keine Berechtigung mehr. Denn wir wissen, daß Tuberkulose des Auges allein kaum vorkommt, sondern daß sie fast regelmäßig mit anderen tuberkulösen Herden im Körper ursächlich zusammenhängt. Man wird heute ein tuberkulös erkranktes Auge nur entfernen bei unerträglichen Schmerzen oder wenn es der Kranke verlangt wegen der Entstellung, die das erblindete und verunstaltete Auge mit sich bringt.

Viele tuberkulöse Augen, die früher rettungslos verloren waren, können jetzt erhalten werden, wenn die antituberkulöse Behandlung rechtzeitig und ausgiebig angewendet wird.

Journal-Auszüge.

Augenentzündungen.

Das Dionin in der Augenheilkunde. Von H. E. Goetz, M. D. Knoxville. Dionin wirkt als Lymphagogum, Analgetikum, Antiphlogistikum, lokales Alterans und Irritans, sowie als mildes Antiseptikum. Die analgetische Wirkung wird durch Nachlaß des intraokularen Druckes bedingt oder, was auch G. annimmt, durch Resorption von als Reizstoffe wirkenden Toxinen. Ein Anästhetikum ist Dionin nicht. Von wesentlichem Nutzen ist das Dionin in der postoperativen Behandlung des Katarakts, insofern als die erzeugte Chemosis zur besseren Schließung der Wunde beiträgt. Das von mancher Seite beobachtete Nießen wird vermieden durch Verwendung von Salbe anstatt wässriger Lösung und Applikation feuchtwarmer Aufschläge. Zur Aufhellung von Glaskörpertrübungen leistet das Mittel wertvolle Dienste. Blutungen der Retina verschwinden unter seinem Einfluß rasch. Bei Trübungen infolge parenchymatöser Keratitis ist die Wirkung prompter und sicherer als die anderer Medikamente. Als Lymphagogum steht Dionin an erster Stelle. Bei Iritis beseitigt es, als 10%ige Lösung mehrmals eingeträufelt, die Schmerzen, vermindert den Druck und ermöglicht die Pupillenerweiterung durch Atropin. Auch bei hinteren Synechien verschafft es prompte Erleichterung. In der Behandlung von Erosionen der Hornhaut, wo

Kokain kontraindiziert ist, füllt Dionin eine Lücke aus. Ferner verdient es, gegen mit Schmerzen verbundene toxische Amblyopie zur Linderung und zur Resorption versucht zu werden. Auch bei Skleritis und Episkleritis wirkt es schmerzlindernd und erweist sich fast als Spezifikum bei gichtischen und rheumatischen Formen. Bei frischem Pannus ist unter dem resorbierenden Einfluß des Dionins Heilung, bei veralteten Fällen Aufhellung zu erwarten. Verfasser beginnt in diesen Fällen mit einer 10%igen Salbe, die Dosis allmählich steigend bis zur Anwendung von reiner Substanz. Auch zwei Fälle von Trachom mit Corneageschwüren behandelte er mit befriedigendem Erfolg. (Merck's Archives, August 1912.)

Bei **Conjunctivitis** leichten Grades, schreibt Prof. Dr. S. Klein (Wien), auch bei leichten subjektiven Beschwerden ohne objektiven Befund, hat sich mir seit 25 Jahren folgendes Augenwaschwasser sehr bewährt:

Rp. Hydrarg. bichlor. corr.	0,02
Aqu. destill.	100,0
Cocaini mur.	0,1
Aqu. laurocer.	5,0

S. Augenwasser.

Zweimal täglich zu gebrauchen.

(Preis: zirka K. 1.20.)

Es soll beim Waschen mit der Flüssigkeit durch Offenhalten der Lidspalte etwas Flüssigkeit auch ins Auge gelangen, darauf sorgfältige Abtrocknung mit trockener Watte. Das Medikament kann neben anderen „stärkeren“ Mitteln als Waschwasser in schweren Erkrankungsfällen (z. B. Blennorrhoe) verwendet werden, auch neben Atropin u. dgl. in Fällen, bei denen Atropin indiziert ist, besonders wenn dabei vermehrte Sekretion vorhanden ist.

(Ars Medici 1913 Nr. 2.)

Bronchitis.

Zur Behandlung der akuten spastischen Bronchitis des frühesten Kindesalters im Anfall. Von F. Göppert. Unter spastischer Bronchitis begreifen wir ein Krankheitsbild, das zu den asthmatischen Anfällen der späteren Jahre die engsten Beziehungen zeigt und daher auch z. B. von Comby als Asthma schon im Säuglingsalter bezeichnet wird. Während dieser Autor aber die Anfälle als eine typische Manifestation der Diathèse neuro-arthrétiq ue bezeichnet, rechnet Czerny die Krankheit zu einer der typischen Erscheinungsformen der exsudativen Diathese. Sämtliche Fälle, die G. bisher gesehen hat, zeigen in ausgesprochenster Art auch alle sonstigen Symptome derselben. Doch verleiht die eigentümliche Reak-

tion ihres Nervensystems diesen Patienten eine Sonderstellung unter den übrigen Kranken dieser Gruppe. G. wandte früher das Chloralhydrat an, das ihm aber doch für Kinder im ersten Lebensvierteljahr zu gefährlich erschien. Er benutzte dann das Urethan, das er warm empfehlen kann. Wenn wir aber im Kindesalter Erfolge erzielen wollen, dürfen wir uns keiner zu kleinen Dosen bedienen. Im ersten Vierteljahr ist per os 0,5, später bis zu 1,5 g im ersten, 2 g im zweiten Jahre zu reichen. Per Klysma ist die doppelte, bei den größeren Dosen etwa um $\frac{1}{2}$ mal stärkere Dosis zu wählen. Die gleiche Dosis darf stets nach $\frac{3}{4}$ Stunden wiederholt werden. Gerade die letztere Anwendungsweise ist zweifellos oft von Vorteil. Wir dürfen uns um so weniger vor diesen von Bertling gefundenen Dosen fürchten, als uns die Erfahrung lehrt, daß wir sie ungescheut bei um Luft ringenden Herzkranken und erregten Bronchopneumonikern anwenden dürfen. Die Harmlosigkeit des Urethans erlaubt uns, es auch da anzuwenden, wo wir nicht so klar sehen in der Natur des Leidens, wie bei den klassischen Fällen von spastischer Bronchitis. Häufig sehen wir bei Bronchopneumonien zeitweise Verschlimmerungen mit Erregung. Es scheint, als ob mitunter auch hierbei der Bronchialmuskelskrampf eine Rolle spiele, zum mindesten ist aber die Erregung kein Vorteil für die Atmungsmechanik. Auch in diesen Fällen ist die Anwendung des Urethans gestattet. Der Grad der erzielten Wirkung erlaubt uns dann diagnostische Rückschlüsse, wie weit einerseits Spasmus oder Erregung, wie weit andererseits der Fortschritt der anatomischen Erkrankung die Verschlimmerung des Zustandes des Patienten bedingen. (Berlin. klin. Wochenschrift 1912 Nr. 17.)

Ueber die Anwendung von Kreosotal in der Kinderpraxis.
 Von G. H u n a e u s (Hannover). Neben seiner spezifisch lösenden Wirkung auf die Sekretionsprodukte der erkrankten Schleimhäute, die sich in Verflüssigung des Sekrets, Umwandeln des Knisterrassels in feuchte, großblasige Rasselgeräusche und schneller Resorption bei vermindertem Hustenreiz äußert, scheint Kreosotal eine direkt bakterizide Komponente zu haben. Besonders auffällig ist die konstante Beeinflussung bzw. Erniedrigung der Temperatur, die oft schon nach einer einmaligen Gabe um 1,0—1,5° C. heruntergeht und bei genügend langer Fortsetzung der Kreosotaldarreichung lytisch zur Norm zurückkehrt, bei zu frühzeitigem Abbrechen desselben jedoch zu erneutem Anstiege zurückführt, wie Verfasser des öfteren beobachten konnte. Verfasser kann F o u r n i e r nur beistimmen, wenn er sagt: „Mit der Darreichung des Kreosotals darf nur allmählich aufgehört werden, indem man die Dosen seltener darreicht und verkleinert, bis jedes Zeichen der Auskultation verschwunden ist, denn so lange die Lunge nicht ausgeheilt ist, muß einer Reinfektion und

einer Erhöhung der Virulenz abgeschwächter Bakterien durch fortgesetzte Imprägnierung der Lunge mit Kreosotal vorgebeugt werden.“ Auch die schweren Allgemeinsymptome der Intoxikation (Somnolenz, Delirien, Krämpfe), die bisweilen pneumonische Affektionen im Kindesalter einleiten oder begleiten, sind gewöhnlich schon in 12 bis 24 Stunden geschwunden. Vornehmlich bei den schweren und hartnäckigen Bronchopneumonien im Gefolge von Masern hat Verfasser sich von dem günstigen Einflusse des Kreosotals überzeugen können, so daß er es vielfach als Prophylaktikum gleich bei Auftreten der Koplik'schen Flecke gab und so einen bedeutend schnelleren Ablauf der bronchitischen Symptome erzielte. Auch fiel Verfasser auf, daß bei den mit Kreosotal behandelten Kindern die so häufig bei den Masern sich einstellenden Diarrhöen fehlten, was er auf die Eigenschaft des Mittels, im Darne Kreosot abzuspalten, zurückführen möchte. Besonders günstig gestaltet sich die Heilwirkung bei Fällen von Bronchitis chronica, die vorher allen sonst üblichen hydrotherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen getrotzt hatten. Gerade bei diesen Kindern, die durch den langanhaltenden Husten, durch das „Röcheln auf der Brust“ sowie die eigentlich stets als Begleitsymptom auftretende Appetitlosigkeit die besorgten Eltern ängstigen, hat Verfasser oft in acht bis zehn Tagen ein völliges Schwinden der auskultatorischen Phänomene und eine sichtliche Hebung des Appetits beobachten können, so daß die Kinder in kurzer Zeit sich wieder erholten. Auch bei Keuchhusten hat Verfasser es des öfteren angewendet, jedoch auf Zahl und Stärke der Anfälle bei 14tägiger ausschließlicher Darreichung keinen sichtlichen Einfluß wahrnehmen können. Bei einem fünf Monate alten Kinde jedoch, wo im Stadium convulsivum eine doppelseitige Bronchopneumonie hinzutrat, glaubt Verfasser die drei Tage nach Kreosotal einsetzende Besserung auf die Heilwirkung des Präparats zurückführen zu dürfen. Seine Beobachtungen, die er bereits als Assistent im Elisabeth-Kinderhospital zu Berlin an klinischen und poliklinischen Patienten gemacht hat und heute in der Praxis noch fortgesetzt macht, erstrecken sich über etwa 150 Fälle, so daß Verfasser den gesehenen Erfolg nicht als zufällig zu betrachten genötigt ist. Allerdings muß es in relativ hohen Dosen gegeben werden, schon bei Säuglingen. Da aber das Präparat völlig frei von Gift- und Aetzwirkung ist, kann man es unbedenklich in folgender Dosierung anwenden:

Im 1. Lebensjahre	3mal täglich	5 Tropfen	= 0,5 g	Kreosotal
2. „	„	10 „	= 1 g	„
3. u. 4. „	„	15 „	= 1,5 g	„
5. u. 6. „	„	20 „	= 2 g	„
7.—10. „	„	25-30 „	= 2,5-3 g	„

Nach Schwinden der auskultatorischen Erscheinungen empfiehlt es sich, etwa acht Tage lang noch die Darreichung in etwa halber Dosis fortzusetzen, um Rückfällen vorzubeugen. Da es vorkommt, daß unter dem Namen Creosotum carbonicum minderwertige Produkte als Ersatz für Kreosotal angepriesen werden, ist es ratsam, Kreosotal in Originalpackung „Heyden“ oder „Bayer“ zu verordnen.

(Medizin. Klinik 1912 Nr. 39.)

Erfahrungen mit Sorisin - Codeinat. Von Dr. Alfred Soucek, Wien. Nach den Angaben der Firma besteht die Zusammensetzung des Inhalts eines Originalfläschchens Sorisin-Codeinat zum Preise von K. 2.20 aus:

Codeini sulfoguajacolicum	0,30
Kalii sulfoguajacolicum	10,00
Syrupi aurantiorum	130,00
Tincturae aurantii	5,00.

Die Wirkung des Sorisins ist seit vielen Jahren erprobt und besteht vor allem in der Verminderung der Expektoration, die des Codeins in der Herabsetzung des Hustenreizes. In Anwendung kam das genannte Präparat bei 22 Patienten, und zwar acht Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren und bei vierzehn älteren Individuen im Alter von 16—73 Jahren. Die mit Sorisin-Codeinat behandelten Krankheiten waren Bronchitis, tuberkulöse Lungenaffektionen, Asthma bronchiale und ein Fall von Pleuritis exsudativa. Das Präparat schmeckt angenehm süß mit einem leicht bitteren Nachgeschmack. Es wurde von 21 der Patienten recht gern genommen. Die einzelne Anwendungsdauer war eine bis sieben Wochen. Die beste Anwendungsweise und wirksamste Menge war bei Kindern bis sieben bis acht Jahren früh und abends einen halben Kaffeelöffel voll, bei den älteren Kindern und Erwachsenen zwei bis vier bis fünf Kaffeelöffel voll täglich. In keinem der behandelten Fälle trat eine üble Nebenwirkung auf. Es stellte sich meist ziemlich bald ein Nachlassen des Hustenreizes ein, das Sputum wurde flüssiger und damit die Expektoration erleichtert. Die Bronchitisfälle sind geheilt, ebenso eine Apizitis, eine tuberkulöse Oberlappeninfiltration ist objektiv und subjektiv gebessert, ebenso die Pleuritis. Mehrere Asthmatiker fühlten sich beim Gebrauch von Sorisin-Codeinat sichtlich wohler, denn sie baten stets wieder um Verordnung des Medikaments.

(Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Bronchisan hat Dr. P. Korb (Diakonissenhaus „Bethanien“ in Liegnitz) mit bestem Erfolg bei Keuchhusten, Bronchitis, Bronchopneumonie, Influenza angewandt.

(Allg. med. Centralzeitung. 1912. Nr. 43.)

Cholelithiasis.

Ueber Behandlung der Cholelithiasis mit Rettigsaft. Von Stabsarzt a. D. Dr. G r u m m e , Fohrde. „Vor längerer Zeit wurde mir bekannt, daß in einzelnen Gegenden der Rettigsaft als Hausmittel von Gallensteinleidenden benutzt wurde, und zwar angeblich mit gutem Erfolge. Nachdem es mir durch Bekanntschaft in zwei Familien möglich war, Näheres darüber zu erfahren, und die von mir gemachten Feststellungen die behaupteten Erfolge bestätigten, nahm ich mich der Sache an. Eine einfache Ueberlegung sagte mir, daß in Süddeutschland Gallensteine seltener beobachtet werden als anderwärts, und wenn dies mit dem dort weit verbreiteten Rettigessen in Zusammenhang steht, so kann der Rettig die Eigenschaft haben, die Gallensekretion derart zu beeinflussen, daß zur Gallensteinbildung führende Anomalien und Stauungen nicht auftreten. Die eine Ursache der Gallensteinbildung würde dann bei den — wenn ich mich mal so ausdrücken darf — „Rettigessern“ fortfallen; bliebe nur die andere Ursache: primäre Entzündungszustände. Möglicherweise aber beugen irgendwelche noch unbekannte, im Rettig enthaltene Stoffe auch den Entzündungserscheinungen der Gallenwege vor bzw. ersticken sie im Entstehen. Hierfür sprachen die beobachteten Erfolge der Hauskuren mit Rettigsaft bei bereits ausgeprägter Cholelithiasis und Cholezystitis. Ich unternahm daher, wenn auch zunächst noch ein wenig skeptisch, eigene Versuche mit dem Saft der schwarzen und weißen Rettige, die leider nur in den Monaten August bis März oder April in gutem Zustande käuflich sind. Ziemlich bald konnte ich mich von der trefflichen Wirkung überzeugen. Nachdem ich meine Beobachtungen nunmehr zwölf Jahre durchgeführt habe und für mich Zweifel an der Wirksamkeit der Rettige längst nicht mehr obwalten, trete ich damit vor die Oeffentlichkeit und bitte um Nachprüfung. Alle mir für eine interne Therapie geeignet erscheinenden Fälle von Gallensteinen habe ich in den letzten zwölf Jahren mit Rettigsaft behandelt und keinen Mißerfolg gehabt. Von vornherein schied ich als ungeeignet Komplikationen, wie Empyem, aus und ferner Fälle, bei denen in der anfallsfreien Zeit Druckempfindlichkeit der Gallenblase fortbestand oder das Allgemeinbefinden und der Appetit nicht völlig oder doch wenigstens nahezu völlig in Ordnung waren. Aus diesem Grund erhielten drei meiner Patienten keinen Rettigsaft. Ich behandelte also mit Rettigsaft nur solche Fälle, in denen es sich vermutlich um reine Cholelithiasis und primäre oder sekundäre Cholezystitis handelte, das ist mehr als $\frac{4}{5}$ aller Fälle.“

„Die Behandlung mit Rettigsaft wurde in folgender Weise gehandhabt. Die geschälten Rettige, beliebig schwarze und weiße, wurden auf dem Reibeisen oder besser mit einer Reibemaschine zer-

rieben und von dem erhaltenen Brei durch ein Tuch der reichlich entstehende Saft ausgepreßt. Von dem stets frisch herzustellenden Safte ließ ich, wenn ich, wie meist, die Kur während oder bald nach einem Anfalle begann, am ersten Tag eine halbe Tasse (ca. 100 ccm), dann eine ganze und sehr bald zwei Tassen voll (400 ccm) täglich trinken. Diese Gabe wurde zwei bis drei Wochen beibehalten und dann allmählich wieder heruntergegangen, bis auf dreimal wöchentlich eine halbe Tasse Saft. Die Dauer einer Kur betrug möglichst sechs bis acht Wochen. Von den meisten Kranken wird der Geschmack des Rettigsaftes nicht besonders unangenehm empfunden. Bei den Wiederholungskuren gab ich anfangs eine ganze Tasse täglich, um dann weiterhin bei einer halben Tasse täglich und zuletzt jeden zweiten Tag bzw. dreimal wöchentlich zu bleiben. In allen unter meiner Kontrolle gebliebenen Fällen wurden trotz erreichten Erfolges die Kuren auf meinen Rat jahrelang wiederholt. Die Gegenprobe, ob nach Aussetzen des Mittels von neuem Anfälle auftreten, habe ich nicht gemacht. Welchen Bestandteilen des Rettigsaftes der günstige Einfluß zuzuschreiben ist, ist mir völlig unbekannt. Was die Art und Weise der Wirkung anbetrifft, so glaube ich nicht, daß der Rettigsaft die bereits gebildeten Gallensteine aufzulösen vermag, wohl aber dürfte er die Gallensekretion derart beeinflussen (vielleicht durch Herabsetzen des Gehalts an Cholesterin oder durch Auftreten eines das Ausfallen von Konkrementen verhindernden Stoffes), daß z. B. reine Cholesterinsteine nicht weiter wachsen und nicht neu entstehen. Wohl sicher muß die Galle durch den Rettigsaft außerdem auch entzündungswidrige Eigenschaften erhalten, so daß die durch entzündliche Schleimhautschwellungen bedingten Gallenstauungen zurückgehen und wohl auch schwinden. Der Circulus vitiosus, welcher darin gegeben ist, daß Steine und Entzündungszustände sich gegenseitig Anlaß zur Vergrößerung bzw. Steigerung bieten, ist hiermit unterbrochen. Trotz zurückbleibender Steine tritt ein wirkliches Latenzstadium ein. Die Abhängigkeit des Cholesteringehalts der Galle von Stoffwechselvorgängen ist bekannt. Vielleicht liegt bei dem Entstehen der reinen Cholesterinsteine eine Cholesterindiathese vor, welche durch den Rettigsaft günstig beeinflußt bzw. aufgehoben wird. Im einzelnen ist die Art der Wirkung des Rettigsaftes in Dunkel gehüllt; die Tatsache aber der trefflichen Beeinflussung aller der Fälle, in denen es überhaupt möglich ist, das Latenzstadium zu erreichen, halte ich für erwiesen.“

(Mediz. Klinik 1913 Nr. 13.)

Diphtherie.

Klinische Erfahrungen während der letzten schweren Diphtherieepidemie. Von Dr. O. Nordmann. Schluß: Ganz

besonders interessant waren unter den Komplikationen zwei Fälle von Ikterus, eine Störung des Krankenlagers bei Diphtherie, die Verfasser in der Literatur nicht erwähnt findet. Die beiden Patienten waren sechsjährige Kinder weiblichen Geschlechts. Bei dem ersten Mädchen entstanden im Verlaufe einer schweren Nasen- und Rachendiphtherie eine Nierenentzündung, Myokarditis, Gaumensegellähmung und eine Halsdrüenschwellung. Das Kind machte einen schwerseptischen Eindruck, und als es sich bereits auf dem Wege der Besserung befand, entstand acht Wochen nach der Diphtherie eine ausgesprochene Gelbsucht, die mit hohem Fieber einsetzte und fast eine Woche dauerte. Der Urin enthielt längere Zeit Gallenfarbstoff. Der Stuhl war nicht ganz entfärbt. Der Ikterus verschwand nach sechs Tagen. Darauf entstand eine schwere jauchige Cystitis, die unter der üblichen Therapie schließlich zur Ausheilung gelangte. Das Kind genas. Bei dem anderen Mädchen entstand der Ikterus etwa fünf Wochen nach Beginn der Diphtherie und dauerte neun Tage. Vorangegangen waren schwere Herzstörungen. Auch dieser Fall ging in Heilung aus. Es ist schwer zu entscheiden, ob in diesen beiden Fällen die Gelbsucht auf eine Schädigung der Leberzellen durch die Diphtheriebazillentoxine oder durch die Gifte gleichzeitig vorhandener Streptokokken zurückzuführen war. Jedenfalls weist das Auftreten desselben auf eine schwere toxische Schädigung des Leberparenchyms hin. In dem Falle, in dem nebenher ein schwerer jauchiger Blasenkatarrh entstand, war die Widerstandskraft des Organismus so geschwächt, daß es zu einem Auskeimen des *Bacterium coli* in der Blase kam. Am leichtesten und häufigsten werden unter den Komplikationen die Nephritiden übersehen. Verfasser hat häufig die üblichen Eiweißproben schwach positiv gefunden, so daß man an eine leichte Schädigung des Nierenparenchyms zu glauben geneigt war. Ein Sediment zeigte dann aber gar nicht selten eine enorme Anzahl granulierter und hyaliner Zylinder, und bei der Sektion derartiger Fälle fanden sich dann außerordentlich schwere Nierenveränderungen. Verfasser empfiehlt daher dringend, in jedem Falle von konstaterter Albuminurie ein Sediment zu untersuchen. So lange sich Zylinder in demselben finden, ist strengste Bettruhe anzuordnen, da beim zu frühen Aufstehen derartiger Kinder plötzliche Todesfälle gar nicht selten erlebt werden. Bei bestehender Nierenentzündung wurde blande Diät gegeben und die Kinder bei Bettruhe so lange bei dieser gehalten, bis der Urin längere Zeit frei von Eiweiß war. Verfasser empfiehlt aus dem angeführten Grunde, jede Woche, auch bei negativen Eiweißproben, ein Sediment zu untersuchen. Bei den Herzstörungen wurde ausgiebiger Gebrauch von Kampfer, Koffein, Digitalis und Kochsalzinfusionen gemacht. Verfasser hat sich aber

überzeugt, daß bei wirklich schwerer Myokarditis eigentlich alle Mittel versagten. Kleine intravenöse Kochsalzinfusionen mit Adrenalinzusatz brachten noch am ehesten eine Hebung des Allgemeinzustandes, doch war die Wirkung meistens nur eine vorübergehende, obgleich bei bedrohlichem Allgemeinzustande die Infusionen häufiger wiederholt wurden. Ebenso wenig wurde bei wirklich schweren Fällen von Herzstörungen ein Erfolg von wiederholten oder täglichen Seruminjektionen gesehen, wie sie die Heubner'sche Schule empfohlen hat. Immer wieder hat Verfasser den Eindruck gewonnen, daß die Stärke der natürlichen Widerstandskraft des Organismus das allein ausschlaggebende Moment bei der Ueberwindung der Komplikationen ist, und daß alle unsere therapeutischen Maßnahmen nur wenig Erfolg versprechen. Gegen die postdiphtherischen Lähmungen wurden einige Male mehrfache Seruminjektionen vorgenommen. Ob dadurch eine schnellere Heilung erzielt wird, wagt Verfasser nicht zu entscheiden, da das Material in der Richtung zu gering ist. Aber auch hier kann Verfasser bestätigen, daß die wiederholten Serumeinspritzungen sicherlich nicht geschadet haben. Verfasser kommt nun zu den Erfolgen der angewandten Therapie. Es wurden behandelt:

1906/07 . . .	50 Fälle, davon gestorben	5 = 10 %	Mortalität
1908 . . .	63 „ „ „	11 = 17,6%	„
1909 . . .	104 „ „ „	14 = 13,5%	„
1910 . . .	160 „ „ „	25 = 15,6%	„
1911 . . .	424 „ „ „	64 = 15, %	„

Aus dieser Tabelle ergibt sich das erfreuliche Resultat, daß trotz der schweren letztjährigen Epidemie die Sterblichkeit nicht gestiegen ist, eher etwas geringer war als in einigen Jahren, die eine schwerere Endemie brachten. Es ist keine Frage, daß man sich zu Zeiten einer schweren Epidemie eines Kunstfehlers schuldig macht, wenn man die Seruminjektionen unterläßt. Es mag richtig sein, daß während leichter Epidemien nur wenig Kinder der Diphtherie erliegen, auch wenn man kein Serum anwendet. Aber in der letztjährigen Epidemie konnte Verfasser konstatieren, daß bei unterlassener oder verspäteter Seruminjektion die Sterblichkeit ganz außerordentlich zunimmt. Als die letzte schwere Epidemie begann, kamen die Kinder gar nicht selten erst nach einigen Krankheitstagen in die Anstalt; die Aerzte waren noch nicht auf den ernsten Charakter der Epidemie aufmerksam geworden, die Eltern und die Lehrer noch nicht durch die Presse belehrt. Und so kam es, daß man in den ersten Monaten der Epidemie über 30% Sterblichkeit hatte. Mit einem Schlage änderte sich das Bild, als die Kollegen die Fälle frühzeitig mit höheren Serumdosen behandeln konnten, nachdem die Kommune die kostenlose Abgabe von Serum an Unbemittelte beschlossen hatte, und als alle schwerkranken Kinder sehr frühzeitig dem Krankenhaus überwiesen wurden.

Aus dieser Tatsache geht hervor, daß alle diejenigen, welche der Wirksamkeit des Serums mit Skepsis oder abfällig urteilend gegenüber gestanden haben, unrecht behalten haben, und daß das Serum alle Hoffnungen voll erfüllt hat. Bei der letztjährigen Epidemie konnte man die Behauptung der Aerzte, die mit Kurpfuschern und Naturheilkundigen sympathisieren und immer wieder betont haben, daß das Diphtherieserum eine Besserung der Heilerfolge nicht herbeiführen würde, in allen Punkten widerlegen. Aber bei weitem ist noch nicht alles getan. Es würde ein Leichtes sein, die Sterblichkeit weiter herabzusetzen, und diese Ueberzeugung stützt sich auf das Studium der Krankengeschichten der tödlich verlaufenen Fälle. Fast in jeder Vorgeschichte findet sich bei diesen Kranken der Nachweis, daß die Kinder bereits mehrere Tage krank gewesen waren, ehe die Serumtherapie begann, und zwar durchschnittlich vier bis fünf Tage. Nur ganz verschwindend wenige Fälle waren sofort bei Beginn der Erkrankung mit Serum behandelt worden und trotzdem zugrunde gegangen. Wenn man die Eltern dieser Kinder aber genauer examinierte, so erfuhr man nachträglich fast stets, daß die Kinder bereits einige Tage vor Auftreten der Diphtheriesymptome schlecht ausgesehen hätten, Erbrechen gehabt hätten usw., ohne aber über Halsschmerzen geklagt zu haben. Und diese Erfahrung bestätigt die Richtigkeit der Mahnung, daß man bei Kindern, die an unbestimmten Symptomen erkranken, immer wieder den Rachen inspizieren soll, um besonders zu Zeiten schwerer Epidemien die Erkrankung im Frühstadium zu erkennen. Auf der anderen Seite geht aus Verfassers Beobachtungen hervor, daß von den Fällen, bei denen eine energische Serumtherapie im ersten Beginn der Erkrankung einsetzte, nur wenige zugrunde gegangen sind. Die Sterblichkeit bei den innerhalb der ersten zwei Krankheitstagen gespritzten Kinder war kaum halb so groß (7,5%), wie die durchschnittliche Mortalität aller unserer Fälle. Daraus ergibt sich, daß nur durch frühzeitiges und energisches Injizieren des Serums bessere Erfolge in der Diphtheriebehandlung erzielt werden können. Wie soll sich nun der Arzt verhalten, wenn in einer Familie ein echter Diphtheriefall festgestellt ist? Verfasser rät zur ausgiebigen Anwendung der prophylaktischen Injektion. Aus seinen obigen Ausführungen geht bereits hervor, daß er die Anaphylaxie nicht fürchtet. Verfasser rät nur, nach jeder derartigen prophylaktischen Injektion genau auf etwa auftretende Zeichen von Ueberempfindlichkeit zu achten, um nicht im Falle einer später notwendig werdenden therapeutischen Injektion von schwereren Erscheinungen überrascht zu werden. Verfasser hat wiederholt in Erfahrung gebracht, daß in den Familien, von denen ein Kind mit schwerster Diphtherie im Krankenhaus behandelt wurde, und in der die übrigen Kinder frühzeitig prophylaktisch gespritzt waren, die

letzteren sämtlich gesund geblieben sind. In der Regel gewährt ja diese prophylaktische Injektion nur einen Schutz auf zwei bis drei Wochen, aber man braucht sich nicht zu scheuen, nach dieser Zeit eine Reinjektion vorzunehmen. Als Dosis empfiehlt Verfasser bei Kindern bis zu acht Jahren 300 Einheiten, bei älteren Personen 500—750 Einheiten. Verfasser glaubt, daß diese prophylaktische Injektion von Diphtherieserum den Arzt am ehesten vor Enttäuschungen in seiner Tätigkeit bewahrt. Sehr ängstlichen Eltern mag es nicht unangenehm sein, wenn der Hausarzt täglich mehrere Male die noch gesunden Kinder untersucht und beim Auftreten der ersten Symptome mit Serum behandelt. Aber diese eingehende Ueberwachung der Gesunden ist doch nur in der Minderzahl der Familien durchführbar und erwünscht. Die strenge Isolierung der Kranken von den Gesunden macht ebenfalls in einfacheren Familien, in denen die Epidemie in erster Linie zu grassieren pflegt, große Schwierigkeiten. Und unter Berücksichtigung dieser Momente glaubt Verfasser ebenfalls die prophylaktische Injektion empfehlen zu sollen. Auch Erwachsene soll man zu Zeiten schwerer Epidemien nicht von ihr ausnehmen, denn Verfasser hat im letzten Jahre in einigen Fällen Mütter und Pflegerinnen und Dienstmädchen schwer erkranken und sterben sehen, die von den Kindern infiziert waren. Wie man von dem Ausbruch der Diphtherie überrascht werden kann, erlebte Verfasser mehrere Male bei der Untersuchung der auf der Diphtheriestation tätigen Schwestern. Wenn sie abends über allgemeines Unbehagen klagten, leichte Temperaturerhöhungen zeigten und nicht das geringste Verdächtige auf den Mandeln zu sehen war, konnte man schon am anderen Morgen ausgedehnte diphtherische Beläge auf den Tonsillen finden. Diese Beobachtung zeigt, daß der Hausarzt auch bei genauester Beobachtung der gesunden Familienmitglieder mit seiner spezifischen Therapie häufig erst beginnen kann, wenn die Krankheit eine bösartige Form angenommen hat.

(Berliner klin. Wochenschrift 1913 Nr. 31.)

Anaphylaxiegefahr in der Praxis. Von A. Wiedemann (Straßkirchen). Als Beweis, daß auch innerliche Verwendung von Pferdeserum schwere Anaphylaxieerscheinungen bei einem längere Zeit vorher mit Pferdeserum subkutan behandelten Kinde erzeugen kann, führt Verfasser folgenden Fall an: O. W., 3 $\frac{1}{4}$ Jahre alt; vor zwei Jahren an schwerer Larynxdiphtherie mit Intubation und Injektion von 16,000 Diphtherie - I.-E. in mehr als zehnmaliger subkutaner Einspritzung, also etwa 30 ccm Pferdeserum ohne bleibenden Nachteil behandelt, erkrankt am 15. April wieder an Larynxdiphtherie mit Stenosenerscheinungen. Da die Symptome schwerer werden, Probeinjektion

von einem Tropfen Diphtherieserum Höchst als Pferdeserum. Nach zehn Minuten tritt schwere Körperunruhe, Atemnot, Blauwerden des Gesichts, Augenverdrehen ein. Es wird daher von einer weiteren Injektion von Pferdeserum Abstand genommen. Es wird Diphtherierinderserum in Höchst bestellt. Am 16. April abends werden 1500 Immunisierungseinheiten in Pferdeserum innerlich verabreicht. Am 17. frühmorgens wieder 2000 I.-E. in Pferdeserum innerlich, beide-mal ohne jeden Erfolg. Um 8 Uhr morgens am 17. werden drei Gläs-chen à 500 I.-E. Höchster Diphtherie-Rinderserum, das eigentlich nur als prophylaktisch gedacht ist, weil es nicht hochwertig genug ist, injiziert. Der Zustand bessert sich nach einigen Stunden, die Stenose nimmt zusehends ab, abends wird die Membran ausgehustet in mehreren Fetzen. Nachmittags tritt ein heftiges, urtikaria-ähnliches, rasch wechselndes, aber mit hochgradigem Juckreiz ver-bundenes Exanthem auf; gleichzeitig stellt sich eine hochgradige all-gemeine Unruhe und keuchhustenähnliche inspiratorische Atemnot mit Hustenreiz ein, die das Schlimmste befürchten läßt. Um 7 Uhr abends ein Krampfanfall mit inspiratorischem Atemstillstand etwa drei Minuten lang. Durch gewaltsames Oeffnen der verbissenen Zahnreihen und Heben des Kehldeckels mit dem Zeigefinger gelingt es, in Verbindung mit künstlicher Atmung das Kind ins Leben zu-rückzurufen. Es verfällt in tiefen, ruhigen Schlaf, das Exanthem verschwindet völlig etwa um 9 Uhr abends. Es wird Chlorkalzium-lösung intraanal verabreicht. Gegen früh morgens am 18. April tritt wieder neuerdings das Exanthem auf, doch nicht mehr so hochgradig. Es besteht wieder Unruhe und leichte Atemnot. Zeitweise Husten-reiz mit krähenen Inspirationen. Gegen Mittag verschwindet das Exanthem, und das Kind genest ohne Komplikation von da an. Es ist evident, daß es sich hier um Anaphylaxie für Pferdeserum handelte, weil das Exanthem und die Reaktion überhaupt in zwei zeitlichen Schüben je 24 Stunden nach innerlichem zweimaligen Gebrauch von Pferdeserum auftreten. Wäre nicht sachgemäße Hilfe zufällig zur Stelle gewesen, würde es wahrscheinlich ein weiterer Anaphylaxie-todesfall geworden sein. Es ist also auch der innerliche Gebrauch von Serum zu widerraten; bei schon Serumvorbehandelten (d. h. vor längerer Zeit), weil es doch nichts hilft und weil die Anaphylaxie in heimtückischer Weise erst einen Tag nach Einverleibung auftreten kann. Da heutzutage viele Menschen in die Lage kommen können, zwei- oder gar mehrmals in ihrem Leben mit irgend einem Serum behandelt werden zu müssen — ganz besonders häufig ist das bei der Diphtherie der Fall, weil die Empfänglichkeit für die Diphtherie-infektion sich mit jeder neuen Infektion steigert (vermutlich ist das auch eine erworbene Ueberempfindlichkeit gegen das Diphtherietoxin) — muß die dringende Forderung erhoben werden, daß alle Heilsera

aus mehrfachen Tierarten, bei der Diphththerie sogar aus dreierlei, gewonnen und für die Praxis erreichbar gemacht werden müssen. Für Diphtherie existieren schon zwei Tierarten: Pferd und Rind; es muß aber unbedingt noch ein drittes Serum hergestellt werden, wenn auch nicht in der Quantität des Pferdeserums. Aber auch für Tetanus und Scharlachserum wäre die dreifache Auflage dringlich zu wünschen. Es ist das ein Feld für die Betätigung edler Konkurrenz der verschiedenen Heilserafabriken.

(Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Absonderung von Diphtheriekeimen durch den Harn. Von H. Conradi und Bierast (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Halle). Aus den Ausführungen ergibt sich, daß, soweit das vorliegende fragmentarische Beobachtungsmaterial ein Urteil zuläßt, in etwa einem Drittel der Diphtheriefälle eine Absonderung der Erreger durch den Harn vor sich geht. Die Gefahr der direkten Kontaktinfektion ist bei der Spärlichkeit der im frisch entleerten Harn anwesenden Diphtheriekeime an sich gering. Dennoch dürfte sich eine Desinfektion des Harns Diphtheriekranker so lange empfehlen, bis die dauernde Abwesenheit der Diphtherieerreger im Harn durch dessen dreimalige bakteriologische Untersuchung erwiesen ist. Eine vorsichtige Beseitigung des Harns Diphtheriekranker ist um so eher am Platz, weil unter besonders ungünstigen Umständen Diphtheriekeime des Harns in die Milch hineingelangen und so Diphtherieepidemien hervorrufen können, ferner aber auch, weil der die Haut berührende Harn zu diphtherischen Erkrankungen der Haut Veranlassung gibt. Außer diesen praktischen Ergebnissen fördern die mitgeteilten Befunde die theoretische Erkenntnis, indem sie dartun, daß die Diphtherie nicht nur eine örtliche, sondern auch eine allgemeine, mit temporärer Bakteriämie einhergehende Infektionskrankheit darstellt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 34.)

Epilepsie.

Ueber die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. Von Dr. med. Heinrich Steffen (Aus der Schweiz. Anstalt für Epileptische in Zürich).

1. Sorgfältig durchgeführte, ununterbrochene Bromkuren bei salzarmen Kost leisten bedeutend mehr als alle anderen bisher bekannten antiepileptischen therapeutischen Maßregeln. Es können durch sie die epileptischen Anfälle dauernd zum Schwinden gebracht werden.

2. Die salzarme Kost kann, ohne Schaden für den Patienten, jahrelang verabreicht werden, wenn für genügende Schmackhaftig-

keit der Speisen hinreichend gesorgt wird und der Kochsalzentzug kein allzu großer ist.

3. Bei Bromdosen von 3 bis 6 g genügt eine Reduktion des Kochsalzes auf 8 bis 12 g pro die.

4. Mit Sedobrol-Roche läßt sich, bei genau dosierter Brommenge, überall mühelos eine allen Anforderungen entsprechende, schmackhafte salzarme Kost durchführen.

5. Im Natriumchlorid haben wir das spezifisch wirkende Gegenmittel für die Bromintoxikation kennen gelernt. Gaben von 1,0 bis 5,0 g pro die, eventuell verbunden mit vorsichtiger Bromreduktion, beseitigen prompt alle seine Symptome.

6. Bromdermatosen bekämpft man durch Arsen und Ungt. hydrargyri (v. Zumbusch), ohne dabei die therapeutische Bromdosis zu vermindern.

7. Im Chloralhydrat (0,3 bis 1,0 abends) besitzen wir ein wesentliches Unterstützungsmittel zur Bekämpfung epileptischer Attacken. (Wiener klin. Rundschau 1913 Nr. 8—13.)

Zur Frage therapeutischer Maßnahmen bei genuiner Epilepsie. Von Dr. Max Meyer (Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Straßburg). Verfasser gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Es gelingt in weitaus der Mehrzahl der Fälle von echter genuiner Epilepsie, durch kochsalzarme Kost ohne gleichzeitige Bromdarreichung die Zahl der Anfälle wie ihre Intensität herabzusetzen, ohne für das Allgemeinbefinden oder psychische Verhalten der Kranken, bei steter Kontrolle der Diurese und Regelung des Stuhls, besondere Gefahren befürchten zu müssen.

2. In einem gewissen Prozentsatz der Fälle läßt sich wiederum durch Kochsalzzulage zu einer kochsalzarmen Kost ein Anfall auslösen, wobei dieser Chlorschwellenwert ganz individuellen Verhältnissen angepaßt ist. Dieser Punkt kann in solchen Fällen von Bedeutung sein, wo die Differentialdiagnose zwischen echt genuin-epileptischen Anfällen oder epileptiformen oder Simulation Schwierigkeiten macht, und zwar in dem Sinn, daß der positive Ausfall, d. h. die Auslösbarkeit von Anfällen durch größere Kochsalzgaben, für genuine Epilepsie spricht.

3. Es scheint der Versuch gerechtfertigt, durch ein möglichst indifferentes Diuretikum, wie Harnstoff, eine starke Diurese konstant zu erhalten und dabei festzustellen, ob die Anfälle nicht in ganz bestimmten Intervallen auftreten, so daß es möglich erscheint, zu dieser Zeit, wenn auch nicht die Anfälle zu unterdrücken, so doch immerhin die Kranken vor schwereren Verletzungen zu sichern.

4. Sofern die Kranken an größere Bromdosen längere Zeit gewöhnt sind, können diese nicht plötzlich entzogen werden, da in den Zeiten der Bromentziehung Erscheinungen von Schwindel und motorischer Unruhe leicht auftreten, wie überhaupt ein Wechsel in der Behandlung stets eine genaue, wenn möglich Krankenhausbeobachtung wünschenswert erscheinen läßt.

(Neurologisches Zentralblatt 1913 Nr. 4.)

Zur Aetiologie und Therapie der Epilepsie. Von C. Tsiminakis und A. Zografides (Athen). Aus dem therapeutischen Resultat, das Verfasser bei acht Patienten zu verzeichnen hatten, kommen sie zu dem Schluß, daß in vielen Fällen, vielleicht in denen die Krankheit aus dem Kindesalter datiert und bei denen sie nach sorgfältiger Untersuchung weder etwas hereditär Belastendes, noch eine andere Ursache für dieselbe finden, die Entstehung der Epilepsie auch dem Vorhandensein adenoider Vegetationen zuzuschreiben ist, welche zunächst die Auslösung der Reflexepilepsie hervorrufen und den allmählichen Uebergang dieser in die genuine. Gewiß wollen Verfasser daraus nicht schließen, daß das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen immer Epilepsie zur Folge haben müsse, denn bei vielen Kindern finden wir dieselben auch, ohne daß Epilepsie hervorgerufen wird. Es ist jedoch unzweifelhaft, daß bei den meisten, wenn nicht bei allen Kindern, die adenoide Vegetationen aufweisen, sich Neuropathie auf verschiedene Weise zeigt. Zwar wird bei vielen, seit ihrer Kindheit an Epilepsie leidenden Patienten eine Unterbrechung der Krankheit für einige Jahre bemerkt und später die Wiederholung der Krankheit, worauf sie dann bis ans Ende des Lebens dauert, aber bei den beschriebenen Fällen können Verfasser das Aufhören der Anfälle nicht einem solchen Zufalle zuschreiben, da sie ja fast in allen Fällen, sogleich nach der Entfernung der adenoiden Vegetationen und der eventuell hypertrophischen Mandeln und ohne weiteres medikamentöses Einschreiten, ein Aufhören der Anfälle erzielten. Auch bei dem letzten Fall, bei dem trotz des vorgeschrittenen Alters des Patienten (32 Jahre) adenoide Vegetationen vorhanden waren, erzielten Verfasser eine Verringerung der Anfälle. Gewiß ist der Zeitraum seit der Entfernung der adenoiden Vegetationen ein zu kurzer, um sich über das Resultat aussprechen zu können. Man könnte ja auch das seltenere Auftreten der Anfälle bei diesem Kranken für ein zufälliges halten, wie es auch sonst bei Epileptikern vorkommt, aber dem stellen Verfasser entgegen, daß dieser Patient, als er die letzten Anfälle hatte, sich unter dem Einfluß sehr heftiger psychischer Erregungen befand. Außerdem halten Verfasser es für unzweifelhaft, daß bei diesem Patienten, wegen der langen Dauer der Krankheit, die zerebrale Reizbarkeit so sehr ent-

wickelt ist, daß oft die geringste Erregung das Eintreten eines epileptischen Anfalls zur Folge hat. Von den ersten Anfällen bei Kindern erhält gewöhnlich der Hausarzt oder der Kinderarzt Kenntnis. Diesem liegt es also ob, zu untersuchen, ob nicht in solchen Fällen das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen oder von Hypertrophie der Mandeln die epileptogene Reizquelle ist, worauf dann die schnelle Entfernung derselben geboten ist, ohne die analoge diätetische Therapie gegen die immer bei diesen Patienten zugleich vorhandene Neuropathie außer Acht zu lassen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 40.)

Gangrän.

Zur Behandlung beginnender Gangrän. Von Prof. Dr. M. B o r c h a r d t (Berlin). Verfasser schreibt: „Um die Ernährung der gefährdeten Extremität zu bessern, um die etwa drohende Gangrän zu verhindern, dafür geschieht im allgemeinen meines Wissens recht wenig. Man beschränkt sich meist auf feuchte Einwicklungen, Ruhe und Hochlagerung und sucht durch Sedativa die manchmal recht heftigen Schmerzen zu bekämpfen. Mir hat sich ein sehr einfaches Mittel, das vielleicht auch von anderen schon angewendet wird, bei einem Patienten überraschend bewährt. Bei einem 54jährigen Mann mit schwerer Arteriosklerose entwickelte sich unter starken Schmerzen eine Zehengangrän, welche nach dreimonatiger Dauer zur Exartikulation zweier Zehen und später, als die Gangrän eine feuchte wurde und eine Fußphlegmone auftrat, zu einer Amputation im Oberschenkel führte. An der Amputationsstelle zeigte sich die Femoralis fast verschlossen. Der Patient machte eine außerordentlich schwere Rekonvaleszenz durch; eine Thrombose der Mesaraica, die zu schweren Magen-Darmblutungen führte, brachte ihn an den Rand des Grabes, aber er genas schließlich. Nun begannen am anderen Fuß Erscheinungen beginnender Gangrän aufzutreten, genau wie es im ersten begonnen hatte, Schmerzen in den Zehen, gewisse Schwere in der Beweglichkeit, blaue Verfärbung, so daß der Patient selber mit Schrecken die Gefahr des Brandes auch am anderen Fuße erkannte. Da die üblichen Mittel, Hochlagerung, feuchte Wärme u. dgl. versagten, so verwendete ich nunmehr Wechselbäder bis zum Knie. Zwei hohe Eimer wurden, der eine mit Wasser von 35° C., der andere mit abgestandenem Wasser gefüllt; das Bein blieb in jedem Eimer nur wenige Sekunden, die Prozedur wurde anfangs 30mal, später 50mal wiederholt; allmählich wurde die Temperatur des warmen Wassers auf 55° C. erhöht und andererseits direkt das kalte Leitungswasser genommen. Wochenlang wurden die Bäder morgens und abends genommen. Der Erfolg war ein geradezu überraschender: unter dem Gebrauche der Wechselbäder schwanden die

Schmerzen prompt. Während des Bades wurde der Unterschenkel stets hochrot und warm; er zeigte eine viel kräftigere Hyperämie als etwa bei dem Gebrauch gleich warmer Bäder allein; der Patient setzt diese Bäder nunmehr seit $\frac{5}{4}$ Jahren fort, ohne daß es zur Gangrän gekommen ist. Es zeigt im Gegenteil die fortlaufende Beobachtung eine zunehmende bessere Durchblutung der Extremität. Wenn ich natürlich auch weiß, daß der Verlauf der Gangrän sehr mannigfaltig ist, daß Stillstände und vollkommener Rückgang beobachtet werden, so ist doch in diesem Falle an dem subjektiven und objektiven Erfolge nicht zu zweifeln. Den subjektiven wohltätigen, schmerzlindernden Einfluß sah ich noch in einem weiteren Falle, dessen Behandlung ich leider zu spät in Angriff genommen habe, bei dem ich aber auch glaube, daß durch die Behandlung mit den Wechselbädern ein gewisser Stillstand erzielt wurde. Die Wechselbäder haben, wie mir scheint, nach mehrfacher Richtung hin Bedeutung. In einzelnen Fällen dürften sie, rechtzeitig und sorgfältig angewandt, das Auftreten der Gangrän verhindern; ist es richtig, daß das intermittierende Hinken nicht gar so selten als Vorstufe der Gangrän aufzufassen ist, so möchte ich für diese Erkrankung die Wechselbäder warm empfehlen. Ich befinde mich da in erfreulicher Uebereinstimmung mit Winternitz, der ihre hohe Bedeutung im letzten Jahre in der Münchener medizinischen Wochenschrift Nr. 18 hervorgehoben hat. Sie sind offenbar in hervorragender Weise geeignet, die Bildung eines Kollateralkreislaufs anzuregen, und könnten bei schon bestehender Gangrän die Blutversorgung der peripheren Teile erheblich verbessern. Dadurch ist man dann imstande, die Amputationsgrenze etwas weiter herabzuschieben. Die wiederholte Beobachtung der im Wechselbade auftretenden Hyperämie wird vielleicht auch ein Urteil gestatten über die Ernährung und Durchblutung der Gewebe und über die Höhe der vorzunehmenden Amputation, also im ganzen ähnlich wirken wie der Moskowitz'sche Versuch. In gleicher Richtung bewegen sich ja die bekannten Versuche Bier's. Er empfiehlt zur Behandlung der Gangrän die heiße Luft im Wärmekasten; doch darf dieselbe wegen eventueller Sensibilitätsstörungen nur mit großer Vorsicht, keineswegs über 90° und nicht länger als zehn Minuten lang angewendet werden. Ich habe den Eindruck, als ob durch systematische, längere Zeit fortgesetzte Anwendung der Wechselbäder die „Gymnastik“ oder die Trainierung der Gefäße noch mehr gefördert wird, als durch die heiße Luft. Die Wechselbäder sollen keine der bisher bekannten und bewährten Methoden ersetzen; sie sollen sie nur ergänzen; sie werden in manchen Fällen — und davon bin ich überzeugt — Nutzen stiften, und verdienen mehr Anwendung, als es bis jetzt der Fall ist.“

(Zentralblatt für Chirurgie 1913 Nr. 9.)

Gonorrhoe.

Die Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhoe. Von Dr. Leopold Lilienthal und Dr. James Cohn, Berlin. Die Autoren fassen ihre Erfahrungen dahin zusammen:

1. Indikation: Jede Gonorrhoe ist geeignet zur Abortivkur, deren erste subjektive Symptome nicht länger als 24 Stunden zurückliegen, wo keine Komplikationen und nur geringes serös-eitriges Sekret vorhanden sind.

2. Methode: Drei Tage hintereinander je drei Einspritzungen à 8 ccm 4—5%igen Protargols, jede vier Minuten in der Urethra anterior gehalten.

3. Erfolge: Ungefähr die Hälfte der behandelten Fälle war vom vierten Tag ab frei von allen Symptomen und ist — selbst bei jahrelanger Beobachtung — ein Teil der Fälle, die wir noch im letzten Jahre zu beobachten Gelegenheit hatten, und deren Abortivkuren bis auf das Jahr 1905 zurückgehen, auch frei von allen Schädigungen geblieben.

4. Schädigungen: Irgendwie erhebliche Fälle von Komplikationen sind auch bei den mißlungenen Fällen nicht beobachtet worden.

5. Abkürzung der Gonorrhoe-dauer: Auch in den mißlungenen Fällen hat bei der dann fortgesetzten Behandlung eine deutlich wahrnehmbare Abkürzung der Dauer der Gonorrhoe stattgefunden.

Unsere verhältnismäßig sehr guten Erfolge werden noch viel besser werden, wenn erst die Kenntnis von der Abortivheilung ins große Publikum eindringt. Wir selbst haben die Freude gehabt, daß unsere Mahnungen an die Patienten nicht auf unfruchtbaren Boden fielen und daß wir in den letzten Jahren die Gonorrhoe viel früher zur Behandlung bekamen, so daß wir gar nicht so selten die Abortivkur unternehmen konnten.

Durch Aufklärung in den weitesten Kreisen könnte hier noch sehr viel geleistet werden. Da außerdem die Methode äußerst einfach ist, kann sie auch jeder praktische Arzt bequem anwenden.

(Medizin. Klinik 1913 Nr. 6.)

Jodipin per Clyisma bei Prostatitis. Von Dr. L. Fischel in Berlin. „Eine recht häufige und den Ablauf des Heilungsprozesses oft um viele Wochen verzögernde Komplikation der Gonorrhoe ist die Prostatitis. Außer der Massage der Prostata, die jedoch niemals vor der dritten Woche nach ihrer Erkrankung begonnen werden sollte und die in veralteten, mit derben Infiltrationen einhergehenden Fällen oft im Stiche läßt, sind es vor allen Dingen die heißen Arzberger-Spülungen, die als hervorragendes Mittel zur Beseitigung der Prostatitis angewendet werden. Auch Suppositorien aus Ichthyol und Jodkali werden vielfach zur Unterstützung oder als Ersatz dieser

Prozeduren gebraucht; doch haben sie immer nur als Notbehelf gedient und besitzen außerdem den für die Patienten lästigen Nachteil, häufig Tenesmus zu erzeugen und die Wäsche zu beschmutzen. Als Ersatz hierfür, teils im Anschluß an heiße Arzberger-Spülungen, sehr häufig jedoch auch ohne solche, haben sich mir nun seit mehreren Jahren mit vorzüglichem Erfolge Jodipinklysmata bewährt, welche die Nachteile der Suppositorien in keiner Weise zeigen, und nach meinen Erfahrungen sehr schnell und günstig auf die Prostatitis einwirken, sowohl bei akuten wie verschleppten Fällen, indem sie eine Resorption des Infiltrates oder eine Erweichung des indurierten Gewebes herbeiführen. Da ich in der Jodipinliteratur, wenigstens unter den Ueberschriften der sehr zahlreichen Veröffentlichungen, soweit sie mir zugänglich war, einen Hinweis auf diese Verwendung des Jodipins nicht gefunden habe, so will ich in Kürze diese bequeme Methode der Prostatitisbehandlung mit dem Ersuchen zur Nachprüfung bekannt geben. Ich verwende Klystiere von 10 g einer Mischung von 1 Teil Jodipin 25% mit 2 Teilen Oleum Olivar., die ich mir selbst bereite, da die Kur bei jedesmaliger rezeptmäßiger Verordnung etwas zu teuer sein würde. Ich verschreibe daher 100 g Original-Jodipin 25% und mische sie mir selbst mit 200 g Oleum Olivarum. Die obige Mischung von 10 g wird mittels einer 10 ccm haltenden Spritze (mit gebogenem Hartgummiansatz für Rektalinjektionen) in den Mastdarm langsam eingespritzt und vor das Orificium ani dann etwas Watte gelegt. Der Patient behält die ganze Menge ohne Beschwerde bei sich. Mit diesem Klystier sind also jedesmal zirka 0,75 Jodipin injiziert. Alle Tage, in leichten Fällen alle zwei Tage, wird ein neues Klystier gegeben. Man merkt oft schon nach einer Woche einen Rückgang der Erscheinungen an der Prostata; mitunter stellt sich dabei auch von neuem stärkerer Ausfluß ein, die zweite Urinportion fängt an, sich zu klären, und nach zwei bis drei Wochen ist die Prostatitis völlig oder bis auf kleine Reste geschwunden, die dann noch durch wenige Massagen oder Spülungen leicht beseitigt werden. Es liegt mir natürlich fern, die Jodipintherapie als ein Allheilmittel bei der gonorrhoeischen Prostatitis hinstellen zu wollen. Es gibt resistente Fälle, die dieser Therapie wie jeder anderen lange genug trotzen. Aber immerhin ist der Prozentsatz der mit gutem und schnellem Erfolge behandelten Fälle ein so hoher, und die Anwendungsweise für Arzt und Patienten eine so einfache, bequeme und schmerzlose, daß ich sie den Herren Kollegen nur nochmals zur Nachprüfung angelegentlichst empfehlen kann.“

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 12.)

Ueber die Credéisierung mit Sophol und Argentum nitricum hat J. Fr. Unterstenhöfer Untersuchungen angestellt. Es hat sich ergeben, daß die prophylaktische Leistung des Sophols ungefähr dreimal so groß ist, als die des Höllensteins, während die ungewollten Reizerscheinungen bei demselben annähernd nur ein Drittel der beim Argentum nitricum in 1%iger Konzentration ausmachen. Das Sophol ist demnach ein Schutzmittel, das vor der 1%igen Lapislösung unbedingt den Vorzug verdient und diese überall im Schutzverfahren verdrängen sollte. Die Frage, ob das Sophol nun ein ideales Prophylaktikum darstellt, verneint Verfasser indessen mit dem Hinweis auf die Tatsache, daß das Mittel bei längerem Stehen verdirbt. In Uebereinstimmung mit den Angaben von v. Herff, daß das Verderben der Lösung ungefährlich sei, wurden auch an der Heidelberger Klinik auf die Instillation verdorbener Sopholtropfen nur harmlose Katarrhe der Konjunktiva oder gar keine Reaktion gesehen.

(Inaug.-Dissert. Heidelberg 1911. —

Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 43.)

Hydrops.

Ueber Kombinationswirkung von Medikamenten bei der Behandlung der Herz- und Nierenwassersucht. Von Prof. Dr. H. Strauß (Aus der Inneren Abteilung des Jüdischen Krankenhauses zu Berlin). Verfasser möchte vom klinischen Standpunkte die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf die zielbewußte Kombination einer größeren Reihe von Herztonicis und Diureticis für die Behandlung der Herz- und Nierenwassersucht in solchen Fällen lenken, in welchen einfache Kombinationen versagt haben. Er tut dies auf Grund von Erfahrungen, die er seit mehr als 15 Jahren auf dem vorliegenden Gebiete in reichem Maße gesammelt hat, indem er zahlreiche Patienten, bei welchen einfache Mischungen wie Digitalis-Diuretin oder Digitalis-Kalomel versagt hatten, durch die gleichzeitige Anwendung der Kombination einer ganzen Reihe von Herztonicis und Diureticis in effektvollere Weise entwässern konnte, als es mit einfachen Mischungen möglich war. Mitunter hat er mit solchen zusammengesetzten Mischungen geradezu überraschende Wirkungen erreicht. In früheren Jahren hat Verfasser zu diesem Zwecke meist folgende Kombination gebraucht: Rp. Inf. e fol. Digit. titr. 1,0, Bulb. Scillae 5,0, cum aq. dest.; adde: Diuretin 10,0, Tct. Strophanthi 3,0, Spartein. sulf. 0,1, Sir. Juniperi ad 180,0, MDS. viermal täglich ein Eßlöffel. In den letzten Jahren hat er in der „Mixtura composita bzw. antihydrica“, wie sie auf seiner Abteilung genannt wird) das schwer lösliche Diuretin durch das leicht lösliche Euphyllin (2,5 g) ersetzt. Er ließ die genannte Mixtur meist auf vollen Magen geben, da sie bei längerem Gebrauch nicht ganz selten

Dyspepsien erzeugt. In denjenigen Fällen, in welchen von vornherein eine Dyspepsie bestand — und bei schweren Kompensationsstörungen war die Zahl gerade dieser Fälle nicht gering — hat Verfasser die rektale Darreichung angewandt, und zwar in folgender Form: Rp. Inf. e fol. Digit. titr. 1,0, Bulb. Scill. 5,0, c. aq. dest. 150,0; Euphyllin, Tct. Strophanthi aa 2,5, Spartein. sulf. 0,1, Tct. Opii simpl. 1,0, Mucilag. Gummi arab. ad 180,0. MDS. zweimal täglich zwei Eßlöffel als Klysma. Zahlreiche Erfahrungen haben in Verfasser den Eindruck erweckt, daß wir es bei der Anwendung der hier genannten Gemische nicht mit einer bloßen Additionswirkung zu tun haben, sondern mit einem Effekt, welcher die einfache Summationswirkung der einzelnen zur Anwendung gelangenden Substanzen erheblich übersteigt. Verfasser sagt dies allerdings nicht auf Grund exakter physiologischer Versuche, welche einen zahlenmäßigen Einblick in die Wirkungsweise solcher Kombinationen gestatten. Dafür sind aber seine klinischen Beobachtungen auf dem vorliegenden Gebiete außerordentlich zahlreich und unter Bedingungen gewonnen, welche ein vergleichendes Urteil wohl gestatten. Jedenfalls hat Verfasser in sehr vielen Fällen von Herz- und Nierenwassersucht, in welchen alle möglichen therapeutischen Methoden vergebens benutzt worden waren, mit dem hier beschriebenen Vorgehen noch eine erhebliche Harnflut erzielen können, und auch in gar manchem Falle von schwerer anhydropischer Herzmuskelinsuffizienz, bei welchem andere Mittel versagt hatten, mit den genannten Gemischen noch einen Erfolg erreicht. Freilich hat auch die Leistungsfähigkeit der hier erörterten Mischungen ihre Grenzen. Wenn sie aber versagen, so kann man Verfassers Erfahrung nach den Schluß ziehen, daß hier entweder der Herzmuskel oder die Nieren oder beide Organe nicht mehr anspruchsfähig sind, und daß infolgedessen die Prognose quoad tempus eine sehr ernste ist. Es kann also die Anwendung der hier beschriebenen Mischungen — die selbstverständlich auch in anderen, ähnlichen Formen gewählt werden können — in manchen Fällen direkt eine prognostische Bedeutung besitzen.

(Therap. Monatshefte, März 1913.)

Intoxikationen.

Ueber Folgezustände einer Novokaininjektion. Von Simonds Gooding und F. Ledger Etheridge. Ein 20jähriges Mädchen, bei welchem behufs Extraktion von drei oberen Schneidezähnen eine 2%ige Novokainlösung injiziert worden war, zeigte zunächst keinerlei Intoxikationserscheinungen. Am nächsten Morgen gelang es nicht, die Patientin aus dem Schlafe zu erwecken, und es wurde eine Kokainvergiftung diagnostiziert. Die 42 Stunden nach der Injektion vorgenommene Untersuchung zeigte Kongestion des Gesichtes, sowie

normales Verhalten von Puls, Respiration und Temperatur. Die Kiefer waren aneinandergedreht, nach Oeffnung der Augen erwiesen sich die Pupillen als dilatiert und reagierten auf Licht; die tiefen und oberflächlichen Reflexe waren normal. Die Patientin hatte weder Harn noch Stuhl unter sich gelassen, und die Harnblase erschien leer. Nach Verabreichung von zwei Tropfen Krotonöl in Butter besserte sich das Sensorium und verschwand die Kiefersperre. Die Patientin schlief nach spontaner Stuhlentleerung wieder ein, konnte nicht geweckt werden und zeigte den gleichen Zustand, wie in der ersten Nacht. Es wurde wieder Krotonöl gegeben und die gleiche Wirkung erzielt. Es wurde der Patientin nicht mehr gestattet, ins Bett zurückzukehren, und es stellte sich wieder normales Verhalten ein. Es findet sich die Angabe, daß das Novokain an toxischer Wirkung vom Kokain fünf- bis sechsfach übertroffen wird, so daß die in dem mitgeteilten Falle angewendete Dosis von 0,04 g nicht als toxisch bezeichnet werden kann, da Dosen von 0,4 g Novokain schadlos vertragen werden und zur Lumbalanästhesie 0,1 g verwendet wird. Das ganze Verhalten des Falles spricht viel eher für simuliertes Koma bei einer Hysterischen, als für eine reale Novokainvergiftung.

(Brit. med. Journ., 7. Dezember 1912. —
Wiener klin. Wochenschrift 1913 Nr. 9.)

Ueber zwei Fälle von schwerer Bleivergiftung in der Messingindustrie. Von Dr. Althoff in Attendorn i. W. Verfasser teilt zwei Fälle von Colica saturnina mit, entstanden durch jahrelange Einatmung von ganz winzigen Mengen Blei, die in einem Gemisch von Schmelz und durch 1% Blei verunreinigtem Messing enthalten waren.

1. Fall. R. B., 28 Jahre, seit 14 Jahren Schleifer von Fensterriegeln und Türdrückern aus Messing, erkrankte am 14. Dezember 1911 mit kneifenden Schmerzen im Oberleib; in den nächsten drei Tagen hatte er andauernd sehr heftige, zeitweise unerträgliche Koliken; gleichzeitig bestanden Kopfschmerzen, Erbrechen, Stuhl- und Windeverhaltung. Die Magengegend war eingezogen; das Erbrochene sah grünlich aus, die Zunge war leicht belegt; ein besonderer Druckschmerz bestand nicht; Fieber nicht vorhanden, kein Bleisaum. Patient gibt an, er arbeite in einer Gelbgießerei und habe mit Blei nichts zu tun. Im Essen habe er sich auch nicht vertan, ein leichter Druck in der Magengegend habe schon einige Tage vor den Koliken bestanden. Die Therapie bestand in feuchten, warmen Umschlägen auf Magengegend, hohen Einläufen mit Zusatz von Opiumtinktur, abends wegen enormer Schmerzen 0,02 Morphiuminjektion. Am fünften Tage erfolgte Abgang von Stuhl und Winden, danach trat

Besserung ein. Patient hat etwa drei Wochen nicht gearbeitet; wurde dann noch wegen bestehender Blutarmut nachbehandelt.

2. Fall. W. B., 23 Jahre, ein Bruder des ersten Patienten, seit acht Jahren Schleifer in derselben Messinggießerei, hat im November 1911 an Magenschmerzen und Verstopfung 14 Tage lang gelitten. Am 25. August 1912 erkrankte er mit heftigem Magen- und Kopfschmerz und Erbrechen. In den nächsten 2 Tagen bestanden ziehende, krampfartige Schmerzen im Oberleib, wobei er sich tourenweise wie ein Wurm zusammenkrümmen mußte. Stuhl und Winde waren angehalten. Oberbauchgegend war eingezogen, Druck nicht schmerzhaft, im Gegenteil eher angenehm, Gesamtaussehen blaß. Die Zähne des Ober- und Unterkiefers zeigen einen deutlich „grünen“ Saum am Zahnfleischrande. Seit längerer Zeit soll nach Angabe der Mutter grünes Schwitzen bestehen, was nach Meinung des Patienten durch Zusammenkommen von Schweiß und Messingstaub entsteht; Bettwäsche und Hemden seien oft grünlich schimmernd verfärbt. Die Behandlung bestand in Verabreichung von Rizinusöl in Milch und gegen die Schmerzen abends ein Zäpfchen von Morphinum 0,02 + Opium 0,04. Hiernach trat keine Besserung ein. Am dritten Krankheitstage erfolgte prompt vier Stunden nach Verabreichung eines Stuhlzäpfchens von 0,0005 g Atropin zweimal dünner, übelriechender Stuhlgang. Darauf ließen die Schmerzen wesentlich nach und waren in den drei folgenden Tagen nur noch in geringem Maße vorhanden. Das Erbrechen hörte sofort auf, Patient konnte leichte Kost nehmen. Am vierten Krankheitstage erfolgte nach Einführung eines weiteren Atropinzäpfchens viermal dünner Stuhlgang. Patient hat zirka vier Wochen nicht gearbeitet und sah noch längere Zeit anämisch aus.

In dem ersten der genannten Fälle hat Verfasser ernstlich an Ileus gedacht; eine sichere Diagnose hat er damals nicht stellen können. Bleikolik glaubte er ausschließen zu müssen, da Patient irgend eine Arbeit mit Blei ableugnete. Im zweiten Falle dachte er namentlich mit Rücksicht auf den grünen Zahnfleischsaum an eine Messingvergiftung und fragte Herrn Landesgewerbearzt Dr. Koelsch in München um sein fachmännisches Urteil, welches dahin lautete, es müsse sich doch wohl um eine Bleivergiftung handeln; Messing sei oft mit Blei verunreinigt. Als Verfasser nun genauere Erkundigungen bei dem Fabrikherrn anstellen ließ, erhielt er die Mitteilung, daß Messing bei der Gießerei aus technischen Gründen mit 1% Blei vermenget werde. Es kann also wohl keinem Zweifel unterliegen, daß es sich in den beiden mitgeteilten Fällen um Bleivergiftung gehandelt hat. Zur Erklärung diene folgendes: Die Arbeiter schleifen auf einer Schmergelscheibe die Gegenstände; ihr Gesicht befindet sich hierbei naturgemäß nahe bei dieser rotieren-

den Scheibe, und es ist trotz Exhaustoren unvermeidlich, daß von dem entstehenden Staub geringe Mengen eingeatmet werden. Zwei Staubarten kommen hierbei in Betracht; beim Vorschleifen bildet sich Staub von der Größe eines Schmergelkörnes, beim Nachschleifen ganz feiner Staub, wie Mehl. Dieser letztere scheint der gefährlichste zu sein, weil er infolge seiner Leichtigkeit am meisten herumfliegt und zur Aufnahme in den Körper gelangt. Wenn wir aber bedenken, daß dieser Staub etwa zu gleichen Teilen aus Schmergel und Messing besteht, welch letzterem nur 1% Blei beigemischt ist, so ist die in diesem Gemisch enthaltene Bleimenge doch eine äußerst geringe. Eine Bleivergiftung mit heftig auftretenden Koliken wird wohl nur, wie in den beiden vorliegenden Fällen, durch jahrelange Einwirkung eines solchen Staubgemisches, wovon immerhin nur wenig in den Körper gelangt, möglich sein. Leichtere Symptome einer Bleikolik, wie mäßige Magen- und Kopfschmerzen mit Verstopfung, werden schon eher vorkommen und bei der eventuellen Unkenntnis der Verunreinigung des Messings mit Blei als gewöhnliche Magenverstimmungen durchgehen. Ist man imstande, schon hierbei die richtige Diagnose zu stellen, so wird man einer schweren Bleikolik vorbeugen können. Verfasser hat den Arbeitern empfohlen, außer dem ständigen Gebrauch der Exhaustoren zur Absaugung des Staubes sich noch Masken über Mund- und Nasenöffnung bei der Arbeit anzulegen.

Zum Schluß möchte Verfasser auf die bei Fall 2 erfolgte prompte Wirkung des Stuhlzäpfchens von 0,0005 g Atropin. sulfur. hinweisen und eine ein- bis zweimalige Verabreichung eines solchen Zäpfchens bei der Bleikolik zeitig empfehlen.

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 10.)

Magendarmaffektionen.

Neue medikamentöse Behandlung der Durchfälle. Von Dr. E. Fuld. Verfasser ist der Ansicht, daß die meisten Durchfälle auf eine erhöhte Reizbarkeit des Magens zurückzuführen sind, indem durch die Berührung von Nahrung und Schleimhaut ein Reflex ausgelöst wird, der dann zu Kontraktionen des Darms führt. Um diese Reizbarkeit herabzumindern, verwendete Fuld eine Kombination von Kokain und Kodein:

Rp. Cocain. hydrochlor.

Codein. phosphor. āā 3,0

Aqu. menth. pip. 100,0.

Von dieser Mischung erhalten Erwachsene eine Woche lang dreimal je zehn Tropfen (zehn Minuten nach der Mahlzeit), Kinder bekommen von der 1%-Lösung dreimal je ein Tropfen pro Lebensjahr. Diese Medikation soll nach Fuld immer wirksam sein, ohne

daß es nötig erscheint, die Ernährungsweise zu ändern. Selbst bei den Durchfällen der Tuberkulösen soll sie günstige Erfolge gezeigt haben. Kokain kann auch in Form von Suppositorien angewendet werden, übt einen beruhigenden Einfluß auf die Rektalschleimhaut aus und übertrifft in seiner Wirkung zweifellos das Morphinum.

(La semaine médicale 1912 Nr. 35. —
Zentralblatt für die ges. Therapie 1913 Nr. 2.)

Bei **Gastro-Enterocatarrhus acutus** verordnet Dr. J. F l e s c h (Wien):

Rp. Kreosoti	gtt. VI.
Resorcini	2,0
Aqu. menthae	
Aqua foeniculi	
Aqu. carvi	āā 25,0
Saccharin	0,1
MDS.: Stündlich ein Kinderlöffel.	
(Ars Medici 1913 Nr. 2.)	

Paralyse.

Zur Kenntnis der syphilitischen Fazialislähmung. Von Dr. Julius L o w i n s k y (Berlin). Seitdem man auf die Häufigkeit peripherischer Nervenlähmungen im Frühstadium der Syphilis, speziell im Gebiet des Nervus facialis, aufmerksam geworden war, ist von den verschiedenen Autoren eine Reihe von Hypothesen über die Natur dieser Lähmungen und die Art ihres Zusammenhanges mit der Syphilis aufgestellt worden. Die Frage spitzte sich schließlich dahin zu, ob man es hier mit einer echten syphilitischen Neuritis zu tun habe, wie eine Reihe von Autoren behauptete, oder nur um eine durch die Syphilis hervorgerufene, erhöhte Disposition für die gewöhnliche Fazialisparese. In neuerer Zeit hat sich nun zu dieser Frage, gewissermaßen als Komplikation, die Diskussion über die Entstehung dieser Lähmungen durch das Salvarsan eingestellt, wobei man sie entweder als direkte Salvarsanbeschädigungen oder mindestens als vorzeitig durch das neue Mittel provozierte „Neurorezidive“ ansprach. Wenn auch diese Kontroverse, wie sie ähnlich wohl bei der Einführung aller neuen, besonders der heroischen Mittel zu entbrennen pflegt, noch immer nicht allseitig zugunsten des Salvarsans entschieden ist, so lehren doch die Beobachtungen, daß dem Salvarsan, ganz abgesehen von seiner eminenten praktischen Bedeutung, gerade zur Lösung der uns hier interessierenden Frage theoretisch eine sehr wichtige Rolle zufällt. In einer Inauguraldissertation vom Jahre 1898 (O t t o G o r d o n) wird bereits darauf hingewiesen, daß „die Therapie zur Beurteilung der Frage vom Zusammenhang zwischen

Lues und peripherischer Fazialislähmung in den meisten Fällen eine allein ausschlaggebende Rolle spielt“. Auch in einer Publikation zu dem gleichen Thema hat der Verfasser betont, welchen Wert der prompte Erfolg einer antiluetischen Behandlung für den Nachweis der syphiligen Natur dieser Lähmungen hat. Es war im voraus zu erwarten, daß mit der Gewinnung eines so rapide spezifisch wirkenden Mittels, wie es das Salvarsan darstellt, auch diese Beweisführung „ex juvantibus“ besonders gefördert werden würde. Einen solchen Fall, der die Ansicht von der syphilitischen Aetiologie derartiger Lähmungen außerordentlich zu stützen geeignet ist, hat Verfasser vor kurzem zu beobachten Gelegenheit gehabt. Am 7. Oktober 1912 kam ein 38 Jahre alter Buchhalter, L. W., verheiratet, vom Augenarzt überwiesen, wegen einer am Tage vorher entstandenen linksseitigen Gesichtslähmung in Behandlung. Er gab zunächst an, bisher stets gesund gewesen zu sein. Zwei Tage vor dem Eintreten der Lähmung habe er Schmerzen im Hinterkopf gespürt. Diese mit großer Exaktheit vorgebrachte Klage deutete darauf hin, daß es sich nicht um eine gewöhnliche rheumatische Lähmung handle, doch antwortete Patient auf die Frage nach einer syphilitischen Infektion strikte verneinend. Erst bei der Untersuchung fand sich bei dem sonst völlig gesunden Mann eine ganz frisch zur Ausheilung gelangte Induration am Penis. Nun endlich gab Patient zu, daß er vor etwa neun Wochen ein Geschwür am Glied bemerkt hatte, das er allein mit Kamillenbädern behandelt habe und das in etwa vier Wochen zur Heilung gekommen wäre. Aerztliche Behandlung hatte überhaupt nicht stattgefunden. Die Fazialislähmung erwies sich funktionell als mittelschwere, elektrische Entartungserscheinungen lagen jedoch nicht vor. Von irgendwelchen sonstigen Erscheinungen der Syphilis war nichts nachzuweisen, speziell kein Exanthem. Die am 10. Oktober angestellte Wassermann'sche Untersuchung ergab ein positives Resultat; am 15. Oktober traten die ersten Roseolaerscheinungen auf, wobei die Kopfschmerzen zunahmen. Die Fazialislähmung blieb unter elektrischer Behandlung unverändert. Am 19. Oktober wurde dem Patienten von Prof. Joseph eine intravenöse Injektion von 0,6 Neosalvarsan verabreicht. Am 24. Oktober, also fünf Tage nach der Injektion, war die Fazialislähmung bis auf die letzte Spur verschwunden, so daß auch das linke Auge isoliert mit voller Kraft geschlossen werden konnte. Gleichzeitig war das Exanthem, das nur spärlich in die Erscheinung getreten war, völlig geschwunden. Zurzeit ist Patient von allen Erscheinungen frei und bleibt weiter unter Beobachtung. — Der Fall bietet in diagnostischer wie in klinischer Beziehung gewiß manche Besonderheiten. Der Rückschluß von der mit auffälligen Symptomen einhergehenden Fazialislähmung auf die latente Lues, das Auftreten der Lähmung

in dem frühen Stadium, schon vor der Roseola, zeichnen den Fall vor anderen ähnlichen aus; was ihm aber prinzipielle Bedeutung verleiht, ist der durch das Salvarsan ermöglichte rapide Heilerfolg. Auch die leichteste Fazialislähmung dürfte kaum vor Ablauf von ein bis zwei Wochen zur Heilung gelangen. Andererseits erforderten auch bei Annahme einer syphilitischen Ursache die bisherigen antisyphilitischen Heilmethoden mindestens einige Wochen bis zur Beseitigung derartiger Lähmungen. Wenn eine Heilung jetzt unter dem Einfluß eines neuen Mittels in so unerhört kurzer Zeit stattfindet, so ist dadurch auch das Beweismaterial zugunsten einer spezifischen Aetiology so weit wie möglich vervollständigt, da eine anatomische oder mathematische Beweisführung natürlich unmöglich ist. — Genau zwei Monate später hat sich Patient wieder vorgestellt mit einem typischen „Neurorezidiv“, das aber diesmal die entgegengesetzte Seite (rechts) betraf, und zwar den Fazialis und Acusticus (völlige Nerventaubheit); auch der linke Acusticus war mitbeteiligt. Während die Taubheit bereits seit 14 Tagen bestanden hatte, war die Fazialisparese erst von zwei Tagen (18. Dezember 1912) aufgetreten. Unter kombinierter Salvarsanbehandlung (0,4 Neosalvarsan am 20. Dezember) und Schmierkur heilte die Fazialislähmung wiederum im Laufe einer Woche vollständig ab, so daß am 27. Dezember keine Residuen davon mehr nachweisbar waren. Wegen der Acusticusaffektion, die schon wesentlich gebessert ist, steht Patient zurzeit noch in Behandlung. Es wird durch diesen eigentümlichen Krankheitsverlauf einerseits die Unabhängigkeit des Neurorezidivs von der Salvarsanbehandlung evident erwiesen, da die erste Fazialislähmung vor jeder Salvarsananwendung und die zweite Lähmung (Facialis-Acusticus) erst zwei Monate nach der Salvarsaninjektion auftrat. Andererseits wird durch den wiederholten, momentanen Heilerfolg des Salvarsans der Nachweis, daß es sich um syphilogene Lähmungen handelt, nur noch mehr gesichert. (Dermatolog. Zentralblatt 1913 Nr. 4.)

K r a u s demonstriert ein dreijähriges Mädchen mit **Ophthalmoplegia externa**. Am 4. April 1912, morgens, als die Mutter zur Arbeit ging, war das Aussehen des Kindes noch völlig normal, als sie mittags nach Hause kam, wurde sie von den älteren Kindern sofort auf das veränderte Aussehen des heute vorgestellten Kindes aufmerksam gemacht. Am 6. April sah K r a u s das Kind zum ersten Mal. Das rechte Oberlid hing vollkommen schlaff herab, das linke ebenfalls, aber in merklich geringerem Grade. Auf dem rechten Auge Strabismus divergens paralyticus. Wurde das linke Auge verdeckt und das rechte Auge zur Fixation veranlaßt, so erschien die Ptosis auf dem rechten Auge geringer, während auf dem nun in sekundärer Schielstellung stehenden linken Auge die Ptosis stärker war, so wie

vordem auf dem rechten. Doppelbilder werden keine angegeben, auch nicht bei Emporhalten der beiden Oberlider. Bei Prüfung der Bulbi auf ihre Beweglichkeit ergab sich, daß der rechte M. rectus internus vollkommen gelähmt war, Hebung und Senkung des Auges war nur in geringem Grade möglich, völlig normal funktionierte sicherlich nur der Abducens bzw. M. rectus ext. Auf dem linken Auge erscheint Hebung und Senkung des Bulbus etwas beschränkt, normal funktioniert der Musc. rect. internus und externus und wohl auch der Obliqu. superior. Das Kind war nach Angabe der Mutter bis auf „Ohrenlaufen“ in den letzten Wochen gesund, klagte über keinerlei Schmerzen, die Augen standen ebenso wie die Lider vollkommen normal. Diese Angaben wurden durch den Hausarzt der Familie (Dr. Glatzel), der zur kritischen Zeit ein anderes Familienglied behandelte, vollkommen bestätigt. Keine Infektionskrankheit in der Familie in den letzten Wochen. Im Gesicht des Kindes ein skrofulöses Ekzem. Die Ptosis ist jetzt bereits im Rückgang, desgleichen erscheint die Beweglichkeit der Bulbi nach unten und oben etwas ausgiebiger. Der rechte Rect. internus funktioniert noch nicht. Kraus verbreitet sich über die verschiedenen Augenmuskellähmungsformen und ihre Aetiologie und ist der Ansicht, daß es sich in diesem Falle um eine nukleäre Erkrankung handelt und, da ein Trauma und Intoxikation auszuschließen sind, doch wohl um eine akute Ophthalmoplegie durch Infektion (vielleicht Diphtherie, die einen sehr leichten Verlauf nahm, so daß sie den Eltern entging).

P. S. Jetzt (12. Juni 1912) sind alle Lähmungserscheinungen zurückgegangen, der Rect. internus rechts funktioniert normal, doch ist ein geringer Grad von Strabismus divergens vorhanden, der bei aufmerksamer Fixation verschwindet. Der Verlauf spricht zugunsten der Annahme einer Ophthalmoplegie nach Infektion durch Diphtherie.

(Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik, 2. Mai 1912. — Zentralblatt f. Kinderheilkunde 1913 Nr. 2.)

Pediculi capitis.

Ueber eine Methode zur raschen Vernichtung von Kopfläusen. Von Arthur Whitfield. Der Verfasser berichtet über ein seit zwölf Jahren erprobtes Verfahren, welches sich auch bei Mädchen, wo die Länge des Kopfhaares die Behandlung erschwert, als wirksam erweist. Die Patientin wird in Rückenlage gebracht, und zwar derart, daß der Kopf über den Rand der Lagerstätte hinausragt. Unterhalb des Kopfes befindet sich ein Waschbecken, in welches das Haar hineinkommt. Es wird eine Lösung von Phenol 1:40 über das Haar gegossen und derart vorgegangen, daß auch die Haare über den Ohren und in der Nackengegend, wo die Pediculi capitis besonders reichlich vorhanden und schwerer zugänglich sind, in ausgiebiger

Weise mit der Phenollösung in Berührung kommen. Nach zehn Minuten langer Wirkung der Phenollösung, wobei die Haare Phenol aus der Lösung aufnehmen, wird das Haar aus dem Waschbecken herausgenommen und ohne vorheriges stärkeres Auswinden oder Abtrocknen der Kopf mit einem dicken Flanelltuch, welches eine Stunde liegen bleibt, turbanartig umhüllt. Durch die Imprägnation mit der Phenollösung werden nicht nur die Kopfläuse, sondern auch die Nisse abgetötet, so daß kein Rezidiv erfolgt, wenn nicht eine frische Einwanderung der Parasiten stattfindet. Vorhandene Impetigoschorfe werden durch die Phenollösung erweicht und können durch Salbenbehandlung beseitigt werden. In Fällen, wo keine Impetigo vorhanden ist, erscheint eine weitere Behandlung nicht notwendig. Die Applikation der Phenollösung bringt keine Intoxikationsgefahr mit sich, auch wird das Haar nicht geschädigt, sondern nimmt eine weiche, seidenartige Beschaffenheit an. Die Methode ist bei älteren Kindern allen anderen Verfahren an Sicherheit der Wirkung überlegen; bei Kindern unterhalb des fünften Lebensjahres ist das Abschneiden der Haare vorzuziehen. (The Lancet, 14. Dezember 1912. —

Wiener klin. Wochenschrift 1913 Nr. 9.)

Pertussis.

Chineonal als Mittel gegen Keuchhusten. Von Dr. H. Fraenkel und K. Hauptmann (Aus der Universitäts-Kinderpoliklinik in Halle). Verfasser haben 30 Kinder damit behandelt. 26mal war das Resultat positiv, 4mal negativ. Die Mütter der Kinder gaben gewöhnlich an, daß die Hustenanfälle bald nach Anwendung des Mittels seltener und milder geworden wären. Einige wollten „gleich in der ersten Nacht“ eine deutliche Wirkung beobachtet haben. Andere wieder meinten, die Anfälle träten merklich seltener auf, wären aber noch ebenso stark. In allen Fällen, wo Erbrechen bestanden hatte, hörte dieses sehr bald auf. Regelmäßig besserte sich auch der Appetit. Mehreren Kindern gaben Verfasser zuerst Chinin. tann., dann Chineonal, oder umgekehrt, wonach die Mütter behaupteten, das Chineonal hätte besser gewirkt und würde von den Kindern auch besser genommen als Chinin. In einem Falle dauerte das Erbrechen nach Chinin. tann. fort und blieb erst nach Chineonal aus. Zwei zwölfjährige Kinder, die einen zuverlässigen Eindruck machten, konnten selbst sagen, daß das Mittel ihnen Erleichterung gebracht hatte. Eine Heilung des Keuchhustens konnte allerdings durch das Chineonal nicht erzielt werden. Es wirkte nur symptomatisch so lange, als es gegeben wurde. Sobald es weggelassen wurde, nahmen die Anfälle wieder an Zahl und Stärke zu. Den 26 positiven Fällen stehen 4 Fälle gegenüber, bei denen nach Angabe der Mütter gar keine Besserung eintrat. Zwei davon waren besonders

schwere Fälle, die mit häufigen Blutungen aus Mund und Nase einhergingen. Bei einem Kinde hörte wenigstens das Erbrechen auf. Alle vier befanden sich im Beginn des Stadium convulsivum, zu welcher Zeit ja der Keuchhusten am schwersten zu beeinflussen ist. Demgegenüber ist aber zu erwähnen, daß sich auch unter den positiven Fällen einige im gleichen Stadium befanden. Verfasser haben die dragierten Tabletten verwendet, und zwar gaben sie Kindern im ersten Jahre täglich 0,1, Kindern vom zweiten Jahre ab dreimal täglich 0,2. Irgendwelche Nebenerscheinungen wurden bei dieser Dosierung nicht beobachtet. (Mediz. Klinik 1912 Nr. 46.)

Wilcke (Genthin) versuchte die Wirkung des **Tinct. Pulsatillae** bei **Keuchhusten** und **Bronchitis**. Die Erfolge waren oft überraschend gut. Erwachsenen gab er mehrmals täglich 10—20 Tropfen, Kindern 5—10 Tropfen, ohne je schädliche Nebenwirkungen zu sehen. Gegenüber den Opiumalkaloiden hat die Pulsatillamedikation den Vorteil geringerer Intoxikationsgefahr und größerer Billigkeit. (Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 33.)

Pneumonie.

Ueber metapneumonische Brachialplexusneuritis und -polyneuritis. Von Stabsarzt Dr. Biermann (Aus der Nervenabteilung der Medizinischen Klinik in Heidelberg). Ueber das Auftreten von Neuritiden nach Typhus abdominalis, Variola, Typhus exanthemicus, Scarlatina, Morbilli, Tuberkulose, Polyarthritus acuta, Erysipel, Parotitis epidemica, Zerebrospinalmeningitis epidemica, Malaria und Influenza sind im Laufe der Zeit eine große Anzahl von Fällen bekannt geworden; auffällig war es, daß erst verhältnismäßig spät über metapneumonische Neuritis berichtet werden konnte. Mehr als sechs Fälle hat Verfasser in der Literatur nicht auffinden können, so daß die weitere Mitteilung von drei ähnlichen Krankheitsbildern, die Verfasser in den letzten Jahren an der Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, von Interesse sein dürfte. Kurz zusammengefaßt, handelt es sich im ersten Falle um ein früher gesundes, 24jähriges Mädchen, das etwa zehn Tage nach einer typischen Lungenentzündung von Schmerzen in beiden Armen mit subjektiven Sensibilitätsstörungen befallen wurde, die von ziemlich schweren Lähmungserscheinungen in beiden Armen begleitet waren, so daß sie drei Wochen gefüttert werden mußte. Fünf Monate nach Beginn der Erkrankung fanden sich Paresen und Atrophien im Gebiete der Nn. thoracicus major, axillaris, subcapularis longus, suprascapularis, radialis, medianus der rechten Seite mit EaR. im N. radialis (Supinator longus) und N. medianus (Flexor pollicis longus), Paresen und Atrophien im Gebiete der Nn. subcapularis longus, musculo-

cutaneus, radialis der linken Seite mit EaR. im N. radialis (Extensoren der Finger). Trotz des Fehlens objektiver Sensibilitätsstörungen wurde die Erkrankung als neuritische angesehen, wofür auch die restlose Heilung nach zwei Jahren spricht. Im zweiten Falle hatte man es mit einem 22jährigen Landwirt zu tun, der schon zweimal Lungenentzündung durchgemacht hatte, ohne damals an Lähmungserscheinungen irgendwelcher Art zu erkranken, der etwa 10—14 Tage nach einem dritten Anfall von Pneumonie ganz plötzlich eines Nachmittags heftiges Reißen in beiden Armen bekam, die Nacht darauf vor Schmerzen nicht schlafen konnte und am nächsten Morgen mit ausgedehnter Lähmung beider Arme erwachte, die sich auch über einen Teil der Schultermuskulatur erstreckte. In der nächsten Zeit keine weitere Zunahme der Lähmungserscheinungen, aber Ausbildung von Atrophien mäßigen Grades in verschiedener Schwere in den einzelnen Muskeln oder Muskelgruppen, die erst ganz allmählich nach mehrmonatiger elektrischer und Bäderbehandlung teilweise zurückgingen. Auch in diesem fand sich, wie in dem ersten Falle, eine leichte Ungleichheit in der Größe der Pupillen bei ganz normaler Licht- und Konvergenzreaktion, so daß man vielleicht an ein Uebergreifen des neuritischen Prozesses auf die Zervikalwurzeln denken kann; auch hier handelt es sich um eine ganz ausgesprochene isolierte Affektion des Brachialplexus, ohne Beteiligung von Hirnnerven, ohne irgendwelche Affektion der untern Extremitäten. Dieser Fall weicht von dem ersten nur insofern ab, als die Krankheitserscheinungen ganz plötzlich, eingeleitet durch heftigste Schmerzen, über Nacht entstanden, so daß man in diesem Falle von einer Diplegia brachialis neuritica nach Pneumonie sprechen kann, also von einem ganz ähnlichen Bilde, wie es J. H o f f m a n n erst kürzlich an drei Fällen anderer bzw. unbekannter Aetiologie treffend gezeichnet hat. Interessant waren die vasomotorischen und trophischen Störungen (fleckige Rötung und auffälliger Glanz der Haut der Arme und dreimalige Desquamation der Haut an den Handflächen), wie sie schon R o s e n h e i m und andere Autoren bei Polyneuritis beschrieben haben. Diese letzteren Erscheinungen, die EaR., die Muskelatrophie, die heftigen, lange dauernden Schmerzen, die, wenn auch geringen objektiven Sensibilitätsstörungen von peripherischem Typus, das dauernde Fehlen von Urinbeschwerden von Anfang an sowie endlich das langsame Zurückgehen der Lähmungserscheinungen und Atrophien lassen auch in diesem Falle die Diagnose Neuritis sicher erscheinen. Bemerkenswert erscheint noch, daß der Kranke die beiden ersten Pneumonien ohne irgendwelche bleibenden nachteiligen Folgen, jedenfalls ohne nachfolgende neuritische Erscheinungen überstanden hat, während jetzt die schwere Diplegia brachialis neuritica aufgetreten ist. Die Erklärung möchte Verfasser

darin suchen, daß Patient mit zehn und zwölf Jahren trotz seines zarten Alters widerstandsfähiger in bezug auf die toxischen Einflüsse der Stoffwechselprodukte der Pneumokokken auf das Nervensystem war, daß die dritte Erkrankung an Lungenentzündung deshalb viel deletärer auf die peripherischen Nerven einwirken konnte, weil der reichliche Alkoholgenuß in den letzten Jahren eine besonders gute Disposition für das Angreifen des Pneumokokkentoxins auf die Nerven geschaffen hatte. Im Gegensatz zu den beiden ersten Fällen findet sich in diesem dritten eine fast nur auf die Unterschenkel und Füße beschränkte Störung der motorischen und sensiblen Funktionen; eine geringe Mitbeteiligung des siebenten Hirnnerven sowie der oberen Extremitäten drückt sich aus in einer leichten Fazialisschwäche rechts bzw. leichten subjektiven Gefühlsstörungen (taubes Gefühl, zeitweise Kriebeln) in der linken Hand aus. Auch in diesem Falle entwickelten sich die Krankheitserscheinungen erst nach Ablauf der Pneumonie, aber sehr viel langsamer und in wesentlich geringerem Grade. Während in Fall 1 und 2 die motorischen Erscheinungen überwogen, sensible Störungen objektiver Art nur in geringem Maße nachweisbar waren, traten in dem letzten Falle die motorischen Paresen etwas in den Hintergrund, und sehr ausgesprochene subjektive wie objektive Sensibilitätsstörungen beherrschten das Krankheitsbild. Auffällig war auch in diesem Falle die Pupillendifferenz, für die Verfasser jedoch eine sichere oder auch nur wahrscheinliche Erklärung zu geben nicht imstande ist. Sie etwa als Zustand einseitiger Parese ansehen zu wollen, erscheint weder für diesen noch die beiden zuerst beschriebenen Fälle angängig, da ja bei allen drei Kranken die Pupillenreaktion prompt und ausgiebig war. — Durch die ausführliche Veröffentlichung dieser drei Fälle von metapneumonischer Brachialplexusneuritis bzw. Polyneuritis dürfte der Beweis geliefert sein, daß diese Erkrankungen doch nicht so selten sind, wie nach den wenigen bisher bekanntgewordenen einschlägigen Krankheitsfällen angenommen werden konnte, zumal sie in dem kurzen Zeitraum von drei Jahren an der Klinik zur Beobachtung kamen. (Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 4.)

Max Thürlings bringt unter Zugrundelegung von 29 Fällen der Freiburger Kinderklinik einen **Beitrag zur Frage der genuinen, lobären Pneumonie im Kindesalter**. Von praktischem Interesse ist besonders die therapeutische Seite der Frage. R ö m e r'sches Antipneumokokkenserum wurde in drei Fällen ohne nennenswerten Erfolg versucht. Gute Resultate wurden dagegen erzielt mit warmen Bädern und nachfolgendem kalten Ueberguß (dreimal täglich). Im übrigen feuchtwarme Wickel mit nachfolgender Spiritusabreibung. Zur Unterstützung der Herztätigkeit wurde, wenn auch das Herz noch

nicht geschwächt war, meistens Digalen dreimal täglich zwei bis drei Tropfen verabreicht. Namentlich zur Zeit der Krise, wo die Herztätigkeit am gefährdetsten ist, wurden von dieser Maßnahme äußerst günstige Erfolge gesehen. Es hilft über die Krise hinweg. In bedrohlichen Fällen wurde diese Wirkung durch Kampfer dreistündlich $\frac{1}{2}$ —1 Spritze wirkungsvoll unterstützt. An Stelle des Kampfers oder mit ihm kombiniert wurde Koffein gegeben.

(Inaug.-Dissert. Freiburg 1912. —
Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 51.)

Pruritus.

Seife als Ursache des Hautjuckens. Von Generaloberarzt Buttersack in Trier. „Ein Arzt von 46 Jahren, ohne jede anamnestische Belastung, wurde im Sommer 1912 eines schönen Tages von Jucken am Rumpf — namentlich auf der Brust —, an den Streckseiten der Arme, an den Schultern und zeitweise auch am Kinn befallen. Die Affektion steigerte sich immer mehr und wurde hauptsächlich abends überaus quälend, so daß Patient sich wiederholt blutig kratzte. Dabei war an der Haut nichts Auffallendes zu sehen oder zu tasten. Auch an den inneren Organen bzw. am Spiel der Funktionen oder am organischen Chemismus ließ sich keinerlei Störung erkennen. Für Nervosität und dergleichen lagen weder ätiologische noch klinische Anhaltspunkte vor. Nachdem verschiedene therapeutische Versuche fehlgeschlagen waren, tauchte der Gedanke auf, ob nicht etwa eine seit kurzem benützte, bekannte, nicht-parfümierte, ausländische Seife das Jucken hervorriefe. Sie wurde durch eine milde deutsche Seife ersetzt, und in der Tat ließ das Jucken allmählich nach. Es vergingen jedoch Wochen und Monate, bis es völlig verschwunden war. Die Hartnäckigkeit der Affektion war auch der Grund, weshalb Patient sich nicht entschließen konnte, durch einen nochmaligen Versuch den kausalen Zusammenhang zu erhärten. Fast noch bedeutender als das nunmehr entlarvte, scheinbar harmlose ätiologische Agens kommt mir das überaus langsame Abklingen der Hautirritabilität vor. Wenn schon ein etwa zweimonatiger Gebrauch einer bestimmten Seife genügt, um Hautjucken von etwa vier Monaten hervorzurufen, so kann ich mir leicht vorstellen, daß länger fortgesetzte Einwirkung eine ungleich längere Nachwirkung haben muß, zumal bei Kindern, auf deren Gehirnentwicklung alle peripherischen Reize ja einen nachhaltigen Einfluß ausüben. Analogien für das lange Fortbestehen des Juckreizes sind ja hinlänglich bekannt.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 10.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Zur Hyperemesis gravidarum. Von Prof. Dr. Max Stolz in Graz. Frau L. S., 24 Jahre alt, IVgravida, mit normalem Genitale, erbrach von der vierten Schwangerschaftswoche an. Nach und nach versuchte Verfasser alle diätetischen Verfahren und Medikamente, ohne zu einem befriedigenden Ziele zu kommen. Eine Zeitlang schien das brausende Brom eine Besserung herbeizuführen, aber schließlich wurde auch dieses erbrochen, und die Patientin kam zusehends herab. Erst als Verfasser in regelmäßigen Pausen dreimal täglich ein Opiumzäpfchen (0,03 Opium) verordnete, ließ das Erbrechen im Verlaufe von acht Tagen nach, und die Ernährung stieg. Nach weiteren acht Tagen konnte die Patientin das Bett verlassen. — Die zweite Patientin, Frau S. K., eine 21jährige, schwächliche Igravida mit normalem Genitale, erbrach von der fünften Schwangerschaftswoche an. Auch hier erwiesen sich alle gebräuchlichen Behandlungsarten erfolglos. Die Patientin erbrach über 20mal täglich und magerte in so erschreckender Weise ab, daß der künstliche Abortus in Frage kam. Mit der regelmäßigen Verabfolgung von Opiumzäpfchen (dreimal täglich 0,03), die später durch Pantoponzäpfchen (dreimal 0,01) ersetzt wurden, und protrahierten Kochsalzklysmen ging das Erbrechen sofort auf drei Anfälle zurück. Doch mußten die Zäpfchen durch drei Wochen verabfolgt werden, bis das Erbrechen vollständig verschwand. Am spätesten hörte das morgendliche Erbrechen auf. Deshalb wurde in letzter Zeit nur abends ein Zäpfchen gegeben. Beide Patientinnen wurden morgens regelmäßig klystiert. — Stolz's Auffassung nach liegt der Schwerpunkt der Behandlung der Hyperemesis darin, sofort mit der Beruhigung des gesamten Nervensystems einzusetzen und sich nicht auf eine lokale medikamentöse Therapie zu beschränken. In leichteren Fällen genügt hierzu das Brom, in schwereren empfiehlt Verfasser vor der kausalen Therapie, dem Abortus artificialis, die regelmäßige Verabfolgung von Narkoticis (Opium, Pantopon) per Klysma oder subkutan. Daneben müssen die gebräuchlichen diätetischen Maßnahmen getroffen, die Stuhlentleerung muß geregelt und die Diurese angeregt werden. Bekommt man die Kranke von Anfang an in Behandlung, dann genügen kleine Dosen der Opiate. Später muß man gleich im Beginne zu großen Dosen greifen und mit diesen nach Maßgabe des Erfolges herabgehen. Solange auch nur der leiseste Brechreiz vorhanden ist, bedarf die Kranke der gleichen Sorgfalt und Beobachtung. (Zentralblatt für Gynäkologie 1913 Nr. 3.)

Salvarsan bei Chorea gravidarum. Von E. Härtel (Provinz.-Frauenklinik und Hebammenschule in Breslau). Verfasser hat bei einem Falle gute Erfolge gesehen (wie schon andere

auch) und empfiehlt, in schweren Fällen erst Salvarsan zu versuchen, ehe man zur Unterbrechung der Schwangerschaft schreitet.

(Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 4.)

Ueber die Wirkung des Pituitrins auf die Uteruskontraktionen unter der Geburt. Von Dr. M. Malinowsky (Aus der Geburtshilflich - gynäkologischen Universitätsklinik zu Kasan). Verfasser kann die Ergebnisse seiner Beobachtungen folgendermaßen zusammenfassen:

1. In geeigneten Dosen verstärkt das Pituitrin sicher und prompt die Geburtswehen.

2. Der intrauterine Druck erfährt während der Wehe eine beträchtliche Steigerung. Der Druckunterschied vor und nach der Einspritzung betrug in seinen Untersuchungen 29,5 mm Hg. Die Wehendauer verkürzt sich deutlich nach der Einspritzung (im Mittel auf eine halbe Minute).

3. Die Pausenlänge vermindert sich nach der Injektion mehr als auf eine Minute. Der intrauterine Druck steigt, wenn auch nicht sehr bedeutend, während der Pause (im Mittel auf 5 mm Hg).

4. Die verstärkte Geburtstätigkeit behält in der Mehrzahl der Fälle ihren physiologischen Charakter. Die Pituitrinwehen zeigen einen normalen Rhythmus, d. h. sie lassen deutlich das Stadium incrementi, die Akne und das Stadium decrementi unterscheiden.

5. Die von einigen Autoren beobachteten „Sturmwehen“ sind fast bei jeder Pituitrinanwendung zu verzeichnen. Je nach der Dose sind sie mehr oder weniger stark ausgesprochen. Die Mittellänge dieser tetanusartigen Uteruskontraktionen beträgt elf Minuten. Irgendwelche unangenehmen Folgen für Mutter und Kind scheinen diese Wehen nicht zu haben.

6. Das Optimum der Pituitrinwirkung fällt auf die Austreibungsperiode und auf das Ende der Eröffnungszeit. Während dieser Perioden erscheint das Pituitrin vollkommen ungefährlich für Mutter und Kind.

7. In den frühesten Stadien der ersten Geburtsperiode, und zwar bei Iparae bei Muttermundsöffnung von zwei Finger und bei stehender Blase, bei Multiparae bei besonderer Rigidität des Muttermundes ist das Pituitrin imstande, einen wahren Tetanus uteri hervorzurufen, welcher in unseren Beobachtungen im Mittel 17 Minuten dauerte. Im weiteren Verlaufe der Geburt nahmen die Uteruskontraktionen wieder ihren physiologischen Charakter und normalen Rhythmus an. Die tetanischen Kontraktionen sind bei Iparae bei gesprungener Blase nicht beobachtet worden, wenn auch alle anderen Umstände den Tetanus uteri begünstigten. Die kindlichen Herztöne sanken während der tetanischen Kontraktionen bis auf 60—50 Schläge in der Minute.

Im weiteren Verlaufe der Geburt erholten sich die kindlichen Herztöne. Das Kind kommt lebensfrisch zur Welt und zeigt keine Asphyxie.

8. Eine Pituitrindosis von 1 ccm erwies sich als vollkommen genügend. Die halbe Dosis, sowie auch mehrmalige kleinere Gaben, haben eine schwächere Wirkung. Die maximale Einzeldosis, die noch einen guten Erfolg hatte, betrug 1,3 ccm.

9. Wiederholungsgaben sind immer wirksam. Die zweite Gabe in der Wirkungszeit der ersten oder nach derselben gegeben, ruft immer einen neuen Anstieg hervor.

10. Die Pituitrinwirkung beginnt ungefähr drei bis sieben Minuten nach der Einspritzung. Die Injektionsstelle (Oberarm, Oberschenkel, Bauchdecken) spielt dabei keine Rolle.

11. Die Wirkungsdauer einer Pituitringabe (1 ccm) beträgt ungefähr eine Stunde.

12. Die Nachgeburtsperiode wie auch das Wochenbett verlaufen in der Regel ohne Komplikation. Die Plazenta war immer spontan ausgestoßen. Atonia uteri bei Pituitrinanwendung ist nie beobachtet worden.

13. Herz- und Nierenkrankheiten scheinen eine Kontraindikation gegen Pituitrinanwendung abzugeben.

14. Die Injektion geschieht vollkommen schmerzlos.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1912 Nr. 43.)

Ueber die Verwendung des Narkophins in der Geburtshilfe.

Von Privatdozent Dr. R u d. T h. J a s c h k e (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen). Das Narkophin ist bekanntlich ein von S t r a u b eingeführtes neues Opiumpräparat, welches von den im Opium enthaltenen Alkaloiden nur das an sich wenig wirksame Narkotin und das Morphin im Verhältnis 1 : 1 in der Form des mekonsauren Salzes enthält (Morphin-Narkotin-Mekonat). Es handelt sich bei dieser Kombination um eine Wirkungspotenzierung. Gegenüber dem ungleich zusammengesetzten Pantopon hat das Narkophin den Vorzug der Reinheit und Konstanz der Zusammensetzung und daher auch der Wirkung. Verwendet wurde die von der Firma C. F. Böhringer & Söhne (Mannheim-Waldhof) zur Verfügung gestellte Lösung in Ampullen zu 1 ccm = 0,03 Narkophin. Verfasser hat bisher niemals eine größere Dosis verabfolgt, auch nie irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. Die Wirkung trat gewöhnlich schon nach zehn Minuten hervor, um allerdings erst viel später, nach zwei bis drei Stunden, ihren Höhepunkt zu erreichen. Dieser Augenblick ist freilich schwer zu bestimmen, weil durch den Fortschritt der Geburt, die an sich verschiedene Wehentätigkeit, das Eintreten von Preßwehen die Voraussetzungen sich ständig änderten.

Eine schlafmachende Wirkung trat gegenüber der analgetischen gewöhnlich stark in den Hintergrund, wenn auch in manchen Fällen die nie zu vermissende „angenehme Schlaffheit“ in richtigen Schlaf überging, aus dem die Frauen oft kaum während der Wehen etwas erwachten. Die Erfahrungen an 45 Fällen sind so übereinstimmend gute und gleichmäßige, daß Verfasser die Fälle nicht einzeln hier aufzuführen braucht, sondern aus den stets genau gebuchten Beobachtungen nur das Gesetzmäßige hervorhebt. Zunächst konnte er feststellen, daß manchmal schon nach einer Viertelstunde eine deutliche Wirkung, hauptsächlich in Form psychischer Beruhigung nachweisbar war und die Wehen, trotzdem sie noch als schmerzhaft empfunden wurden, die Frauen nicht so quälten. Puls und Atmung der Frauen blieben unverändert, abgesehen von den vorübergehenden Schwankungen, die durch die Wehentätigkeit selbst ausgelöst werden. Die kindlichen Herztöne zeigten keine Veränderung unter dem Einfluß des Narkophins. In dem einzigen Falle, in dem gegen Ende der Austreibungsperiode eine konstant fortschreitende Verlangsamung der kindlichen Herzaktion die Indikation zur Beendigung der Geburt durch typischen Forceps gegeben hat, scheint keinerlei Zusammenhang mit der Narkophininjektion zu bestehen. Der Eintritt der Wirkung wechselt übrigens je nach dem Stande der Geburt und natürlich auch je nach der Empfindlichkeit der Frau. In der Eröffnungsperiode ist die Wirkung gewöhnlich sehr rasch deutlich, und es genügt oft schon $\frac{1}{2}$ ccm Narkophin, um die Schmerzhaftigkeit der Wehen genügend herabzusetzen. Wenn die Wehentätigkeit in der Eröffnungsperiode objektiv eine schwache ist und nur die Reaktion der betreffenden Frau ungewöhnlich stark ist, empfiehlt es sich überhaupt, keine größere Dosis zu geben, da andernfalls in diesem Stadium der Geburt eine zu starke Herabsetzung der Wehentätigkeit auftreten kann. Eine Verlängerung der Eröffnungsperiode unter dem Einfluß des Narkophins ist im allgemeinen nicht zu beobachten. Fällt die Injektion in das Ende der Eröffnungs- bzw. den Beginn der Austreibungsperiode, dann beobachtet man wohl öfters eine geringfügige Verlängerung der Geburtsdauer, weil auf der Höhe der Narkophinwirkung manche Frauen die Preßwehen weniger ausnutzen. Sie sind zu schlaff dazu. Andererseits war in manchen Fällen — bei Frauen, die infolge übergroßer Empfindlichkeit nicht ordentlich mitpreßten — geradezu ein geburtsbeschleunigender Einfluß des Narkophins zu konstatieren, insofern als diese Frauen erst durch die durch das Narkophin erzeugte psychische Beruhigung und Herabsetzung des Wehenschmerzes dazu gebracht werden konnten, ordentlich mitzupressen. In sechs Fällen kam es auf der Höhe der Narkophinwirkung, das ist gewöhnlich ziemlich genau nach drei Stunden, zu

einem Nachlassen der Wehen (größere Pausen, kurze Dauer, geringe Kraft derselben). Das wäre natürlich eine unerwünschte Nebenwirkung, die aber dadurch bedeutungslos wird, daß es ausnahmslos gelang, sie durch Pituitrin oder Pituglandol wieder aufzuheben, ohne daß sonst die Narkophinwirkung dadurch gestört worden wäre. Verschiedentlich notierte Verfasser, daß die Frauen in der Eröffnungszeit während der Wehenpausen zu schlafen schienen und nur auf Anruf und während der Wehen erwachten, um alsbald ohne jeden Schmerzlaut weiter zu schlafen. Andererseits mußte in manchen Fällen konstatiert werden, daß nach drei bis vier Stunden die Wehen wieder fast unverändert schmerzhaft waren; doch handelte es sich in diesen Fällen stets um das Ende der Austreibungsperiode, und es erfolgte innerhalb einer halben Stunde die Geburt. In zwei Fällen kamen Versager vor; allerdings gewann man den Eindruck, also ob trotzdem die Reaktion der Frauen auf die Wehen geringer geworden wäre. Beide Male handelte es sich um Fälle, die bei so weit vorgeschrittener Geburt auf den Kreißsaal kamen, daß die Austreibung des Kindes erfolgte, noch ehe die Narkophinwirkung ihre Höhe erreicht hatte. In der weitaus größten Zahl der Fälle, bei denen Verfasser von idealer Narkophinwirkung sprechen möchte, war der Verlauf folgender: Bereits nach einer Viertelstunde überkommt die Frauen eine angenehme Schlaffheit, manchmal Schläfrigkeit; schon nach einer halben Stunde werden die Wehen deutlich weniger schmerzhaft, und die Frauen äußern keinerlei Schmerzlaut. Die Wehen bleiben unverändert kräftig, sind aber deutlich weniger schmerzhaft, höchstens vorübergehend tritt manchmal eine geringe Abschwächung der Wehentätigkeit ein, wie das ja auch ohne Narkophin oft zu beobachten ist. Nachblutungen oder Störungen im Wochenbett vonseiten des Darmes und der Blase, Störungen der Milchsekretion kamen nicht zur Beobachtung. Auf Grund der hier geschilderten Wirkung muß Verfasser erklären, daß das Narkophin dem erstrebten Zwecke vollständig entspricht. Ohne irgendwelche unangenehme momentane Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen, ohne Schädigung des Kindes gelingt es, den Wehenschmerz mindestens soweit herabzusetzen, daß selbst empfindliche und ängstliche Frauen erklären, es gut aushalten zu können. Da es ihm nicht zweckmäßig erscheint, eine Amnesie über den Geburtsvorgang zu erzeugen wie im Dämmerschlaf, und eine Geburt in Narkose nicht so harmlos ist, um als Allgemeinverfahren gelten zu können, so erblickt Verfasser in dem Narkophin eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes und kann wegen der Gefahrlosigkeit diese Art der Schmerzlinderung bei Geburten zu allgemeiner Nachprüfung empfehlen. (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 2.)

Syphilis.

Ueber hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Lues.¹⁾

Von Richard Hahn (Aus dem Berliner Städtischen Kinderasyl und Waisenhaus). H. schildert drei Fälle: Wir finden in allen drei Fällen bei sicherer Heredosyphilis klinisch und pathologisch-anatomisch schwere hämorrhagische Nephritis; zwei von den Fällen müssen sicher, einer als sehr wahrscheinlich als rein auf spezifischer Grundlage entstanden angesehen werden. In allen drei Fällen waren Oedeme vorhanden, die in einem Fall auch Skrotum und Bauchhaut mitbetrafen. Aus dem Urinbefund ist hervorzuheben, daß im Falle G. neben den gewöhnlichen Bestandteilen der hämorrhagischen Nephritis auch Wachszylinder und hochgradige Verfettung der Epithelien; Fettkörnchenzellen und Fettkörnchenkugeln gefunden wurden — ein Befund, wie er in fast identischer Weise in dem Finkelstein'schen Fall erhoben wurde. Ob diese Bestandteile, die schon an und für sich für eine mehr chronisch entzündliche Parenchymerkrankung sprechen, für die spezifische Nephritis charakteristisch sind, müssen erst weitere Beobachtungen lehren. In einem Falle kam es vorübergehend zu Anurie, urämische Symptome sind nie beobachtet. Bemerkenswert ist, daß in zwei von den Fällen schon klinisch eine Vergrößerung der Niere festgestellt werden konnte — ein Befund, wie er von Hirsch für dieluetische Nephritis des Erwachsenen als charakteristisch angegeben wird. Was das Alter der Kinder betrifft, bei denen bisher eine solche hämorrhagische Nephritis zur Beobachtung kam, so ist es auffallend, daß sämtliche bisher bekannten Fälle, wenn wir von Hirsch's Fall absehen, sehr junge Kinder betrafen. Das Alter der Kinder schwankte nur zwischen sieben Tagen und drei Monaten, und es dürfte mehr als ein Zufall sein, daß drei von den Fällen — und zwar gerade die sichersten — auf die zweite Lebenswoche entfallen; es entspricht dies der allgemeinen Erfahrungstatsache, daß die schwersten erbsyphilitischen Organveränderungen gegen das Ende des Fötallebens oder im frühesten Säuglingsalter angetroffen werden, während sie schon beim älteren Säugling immer seltener und geringgradiger werden.

Diskussion. Cassel: Ich möchte zunächst auf die aufgestellten Präparate aufmerksam machen (Demonstration). Unter 31 Fällen von Lues hereditaria, die ich genau auf das Auftreten von Nephritis verfolgt habe, habe ich nur sechsmal eine Albuminurie gefunden. Die hämorrhagische Nephritis, wie sie von Finkelstein schon früher in einem Falle beschrieben wurde, habe ich nie gesehen. Allerdings waren die Kinder, die ich meiner Arbeit zugrunde gelegt habe, sämtlich über zwei Wochen alt. Ich habe auch später, als ich

¹⁾ Nach einem am 26. Februar d. J. im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde gehaltenen Vortrage.

Gelegenheit hatte, etwa ein Dutzend Fälle klinisch genauer zu verfolgen, hämorrhagische Nephritis niemals gesehen. Die Nephritis bei Lues hereditaria hat an und für sich klinisch nur ein unbedeutendes Interesse. Sie wird nur gefunden, wenn man ganz besonders darauf in jedem Falle untersucht. Oedeme habe ich nur einmal in ganz geringem Umfange gesehen, urämische Erscheinungen niemals, einmal eine Pyelitis, die mit Lues an und für sich nichts zu tun hatte. Es wäre aber ein großer Irrtum, wenn man auf Grund der geringen klinischen Erscheinungen annehmen wollte, daß die Nieren von Erbsyphilitischen gesund seien. Alle Nieren, die ich von an Lues verstorbenen Kindern untersucht habe, sind krank gewesen. Da lassen sich alle die charakteristischen Befunde, die hier geschildert wurden, aufnehmen. Nun hat der Redner auch die Veränderungen bei syphilitischen Föten gestreift. Es ist sehr interessant, die pathologischen Prozesse, die die Syphilis schon beim Fötus macht, zu verfolgen, und ich möchte feststellen, daß man bei solchen Kindern ebenfalls stets charakteristische, durch die Lues hervorgerufene Veränderungen findet, und zwar zweierlei Art: erstens kleinzellige Proliferationen, die von der Adventitia der Arteriae interlobulares ausgehen. Zweitens kommt es zu Dystrophien, und zwar erleidet die ganze Entwicklung der Niere durch die Erbsyphilis eine Hemmung. Die Niere der gesunden Frucht ist etwa gegen Ende des neunten Fötalmonats in ihrer Entwicklung vollendet. Dann hat sie dasselbe Aussehen im mikroskopischen Bilde wie bei reifen neugeborenen Kindern. Die neogene kortikale Zone mit den charakteristischen Glomerulusanlagen findet sich im zehnten Fötalmonat und bei reifen Kindern nicht mehr. Sind die Kinder nun syphilitisch, so wird die Entwicklung der Niere hinausgeschoben. Man findet dann noch im zehnten Fötalmonat die bekannten fötalen Glomeruli, die als Pseudo-Glomeruli bezeichnet werden. Sie sehen das vorzüglich an den aufgestellten Präparaten, die auch die erwähnten Proliferationen um die Arterien herum aufweisen. Es ist durch mikroskopische Untersuchung der fötalen Niere die Diagnose auf Syphilis, wenn man darin einige Uebung hat, ganz einwandfrei zu stellen. Ich habe hier zwei Präparate aufgestellt, die Niere einer nichtsyphilitischen Frucht aus dem achten Fötalmonat und eine syphilitische Niere aus derselben Zeit. Sie werden den Kontrast zwischen der gesunden und der syphilitischen Niere ganz ausgezeichnet sehen. Die gesunde Niere ist durch den Reichtum, die syphilitische durch die Armut an Glomerulis ausgezeichnet. — **B a g i n s k y**: Haben Sie die Präparate auf die Anwesenheit von *Spirochaeta pallida* untersucht und da etwas gefunden? — Daraufhin ist das vorliegende Material nicht untersucht worden, da der Erreger der Lues damals noch nicht bekannt war. — **H e u b n e r**: Worauf stützt der Redner seine Meinung, daß die Kombination von hämor-

rhagischer und interstitieller Nephritis, die hier vorliegt, charakteristisch für eine syphilitische Aetiologie sei? Ich kann das eigentlich nicht finden, wenn nicht an den Gefäßen endarteriitische Prozesse nachgewiesen werden, die diese Vermutung stützen. Ich würde das nur für berechtigt halten, wenn entweder solche Veränderungen zu sehen wären, oder aber wenn Sie Spirochäten nachgewiesen hätten. Soviel ich weiß, sind Sie so glücklich, die Sektionen sehr bald post mortem machen zu können, und da könnte es Ihnen möglich gewesen sein, den sicheren Beweis zu führen. — **Hahn**: Wir haben auch auf Spirochäten untersucht, wir konnten aber keine feststellen. Es ist auch von anderer Seite mehrfach angegeben worden, daß man gerade in der Niere häufig keine Spirochäten findet. Auch im Urin suchten wir vergeblich nach Spirochäten. — **Cassel**: Ich möchte noch etwas über die mikroskopischen Befunde, als einen Hinweis dafür, daß es sehr leicht zu einer hämorrhagischen Nephritis kommen kann, hinzufügen. In fast allen meinen Fällen habe ich im Mark der Niere, besonders in der subkortikalen Zone, die Kapillaren strotzend mit roten Blutkörperchen gefüllt gefunden. Von dieser enormen Hyperämie bis zur Rhexis und Diapedesis sowie zur blutigen Ausscheidung von Harn scheint mir nur ein kleiner Schritt zu sein. Wenn man solche Fälle in den zwei ersten Lebenswochen beobachtet, kann ich mir wohl denken, daß sehr leicht eine hämorrhagische Nephritis bei Lues gefunden wird. Ich selbst habe, wie gesagt, sie niemals gesehen. — **Heubner**: Ich gebe das zu; aber das spricht nicht für spezifisch syphilitische Nephritis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr. 16.)

Ueber akute syphilitische Nierenentzündung in der Frühperiode (Nephritis syphilitica acuta praecox). Von Prof. **Erich Hoffmann** (Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn). Die frühzeitige akute syphilitische Nephritis ist eine seltene Erkrankung; immerhin konnte Verfasser bisher sechs schwere Fälle selbst beobachten. Sie kennzeichnet sich nicht selten durch enormen Eiweißgehalt (3—8—13%) und wird am häufigsten in der Eruptionsperiode, mitunter schon vor der Roseola, gesehen. Sie kann sich durch plötzliches Auftreten von starken Oedemen und Hydrops verraten oder aber ganz unmerklich beginnen. Für ihre Diagnose ist der Befund von reichlichen Spirochaetae pallidae im Sediment (Katheterharn) wertvoll. Zur Behandlung genügt nicht die gewöhnliche Nephritistherapie, sondern Salvarsan oder Quecksilber ist notwendig; Verfasser empfiehlt eine vorsichtig einzuleitende Salvarsan-Hg-Kur, die nach seiner Erfahrung gut vertragen wird und prompt wirkt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 8.)

Ueber Syphilis mit verstecktem Primäraffekt. Von Privatdozent Dr. J o h a n n A l m k v i s t, Stockholm. Es handelt sich um einen Fall, welcher am 2. September mit Gonorrhoe und Syphilis infiziert wurde, während der langen Gonorrhoebehandlung beinahe täglich unter ärztlicher Beobachtung stand, ohne daß ein Primäraffekt entdeckt werden konnte, und etwa drei Monate (85 Tage) nach dem infizierenden Coitus ein makulopapulöses Exanthem bekam. Bei der nachfolgenden genauen Untersuchung zeigte sich kein durch Inspektion oder Palpation nachweisbarer Primäraffekt, das Urethralsekret enthielt aber typische *Spirochaetae pallidae*, und in der Harnröhre hinter der Fossa navicularis fand sich eine bedeutende, leicht blutende, begrenzte Erosion. Daß diese Erosion wirklich den Primäraffekt vorstellte, ist wohl höchst wahrscheinlich. Das Vorkommen von typischen *Spirochaetae pallidae* im Urethralsekrete beweist nämlich ganz sicher, daß syphilitische Effloreszenzen in der Harnröhre vorhanden sein müssen, und da es sich um eine größere, wohl begrenzte Erosion, und nicht um mehrere diffus zerstreute handelte, wäre es doch eigentümlich, wenn diese Erosion sekundärer Natur sein sollte. Daß in dem bei den endoskopischen Untersuchungen aus der Erosion entnommenen Blute keine Spirochäten nachgewiesen werden konnten, beweist nichts gegen die syphilitische Natur der Erosion, denn der Patient hatte schon sowohl Hg als Salvarsan bekommen. Die Deutung der Anschwellung der inguinalen Lymphdrüsen ist etwas schwierig, weil dieselbe sowohl der Gonorrhoe als einem genitalen Primäraffekt zugeschrieben werden kann. Die Abwesenheit von Schmerzhaftigkeit und periadenitischen Veränderungen sowie ihre Härte scheinen doch mehr für ihre syphilitische Natur zu sprechen. In welcher Weise die hier vorhandene syphilitische Infektion zustande gekommen ist, ob man eine Gewebsläsion an der betreffenden Stelle der Urethralschleimhaut annehmen muß, oder ob die Spirochäten die intakte Schleimhaut angreifen können, oder endlich ob die Spirochäten erst nach der Entwicklung der gonorrhoeischen Entzündung an der Urethralschleimhaut gehaftet haben, darüber will sich Verfasser nicht äußern. Im letzteren Falle muß man sich denken, daß die Spirochäten die ersten Tage sich lebend in der Harnröhre erhalten haben, ohne die Schleimhaut anzugreifen und erst, nachdem die gonorrhoeische Entzündung für ihr Haften bessere Verhältnisse hervorgebracht hatte, eine syphilitische Infektion der Schleimhaut verursachten. Von den bisher beschriebenen 23 Syphilisfällen ohne nachweisbaren Primäraffekt lassen sich mehrere durch die Annahme eines Urethralprimäraffektes erklären, und da keine speziellen Untersuchungen in jenen Fällen vorgenommen worden sind, kann man diese Möglichkeit nicht bestreiten. Hätte Verfasser nicht die Untersuchung des Urethralsekretes vorgenommen, so würde

er wohl auch seinen Fall als Syphilis d'emblée gedeutet haben, denn auch hier war der Patient während des Primärstadiums unter ärztlicher Beobachtung, ohne daß von Primäraffekt auch nur eine Andeutung mit den gebräuchlichen Untersuchungsmethoden entdeckt werden konnte. Da die Lymphgefäße der Urethra zum Teil nach den tieferen Lymphdrüsen verlaufen, so ist es nicht merkwürdig, wenn bei einer Urethrasklerose die oberflächliche Skleradenitis inguinalis unbedeutend entwickelt ist oder sogar fehlt. Wenn sich nun aber der Primäraffekt so in der Harnröhre verstecken kann, muß man wohl annehmen können, daß er sich auch an anderen Stellen der Inspektion und Palpation verbergen kann. In ähnlicher Weise wie die Spirochäten beim Coitus in die Harnröhre aspiriert werden können, können sie wohl bei Frauen auch in den Zervikalkanal hineinkommen und hier einen für die Inspektion unentdeckbaren Primäraffekt hervorbringen, welcher also nur durch Spirochätennachweis im Zervixsekrete diagnostizierbar ist. Es kann aber vorkommen, daß Primäraffekte so spärliche Spirochäten enthalten, daß es ein Zufall ist, ob man diese findet, und wenn die Primäraffekte der Urethra oder des Zervixkanals hinsichtlich der Spirochätensekretion sich so verhalten, wie ungeheuer schwer muß es nicht sein, einen solchen Primäraffekt zu entdecken. Daß der Primäraffekt auch an anderen Stellen sich ganz verstecken kann, ist wohl im höchsten Grade wahrscheinlich. Verfasser glaubt infolgedessen, daß es nicht möglich ist, zu beweisen, daß ein Fall mit unbekannter Infektionsstelle und ohne nachweisbaren Primäraffekt eine wirkliche Syphilis d'emblée und nicht eine Syphilis mit verstecktem Primäraffekt ist. Verfasser glaubt, daß man aus diesem Falle folgende Schlußfolgerungen ziehen kann:

1. Der syphilitische Primäraffekt kann in der Harnröhre hinter der Fossa navicularis sitzen und der gewöhnlichen Inspektion und Palpation ganz entgehen.

2. Wenn bei Syphilis des Mannes der Primäraffekt fehlt, muß man das Urethralsekret auf Spirochäten und die Harnröhre endoskopisch untersuchen, bevor man den Fall als Syphilis d'emblée bezeichnet.

3. In ähnlicher Weise darf man auch annehmen, daß bei Frauen die Spirochäten in den Zervikalkanal hineingelangen können und hier einen nur durch Spirochätennachweis diagnostizierbaren Primäraffekt hervorrufen.

4. Die Lokalisation dieses Primäraffektes in der Harnröhre hinter der Fossa navicularis beweist, daß Mikroorganismen beim Coitus in die Harnröhre hinein aspiriert werden können, was auch für die Infektion mit Gonokokken wichtig sein kann.

(Dermatolog. Wochenschrift 1913 Nr. 7.)

Tuberkulose.

Ueber die ominöse Form des Erythema nodosum. Von K o b e r (Halle a. S.). K. schreibt: „Eine Hautkrankheit, die für gewöhnlich eine harmlose Affektion ist, zuweilen aber doch für den Gesamtorganismus eine nicht zu unterschätzende Bedeutung gewinnen kann, stellt das Erythema nodosum dar. Zweifellos verläuft die Krankheit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle so gutartig, daß der behandelnde Arzt nicht allzu viel Gewicht auf die Beziehungen legen wird, die auch dieser Ausschlag zu dem ganzen Körper haben kann. Daß es aber auch Fälle gibt, in denen das Erythema nodosum ein sehr beachtenswertes Symptom einer ernsten Allgemeinerkrankung sein kann, lehrte mich folgende Beobachtung: Zu Anfang dieses Jahres wurde in meine Sprechstunde ein sechsjähriges Mädchen gebracht, das nach Angabe der Mutter seit fünf Tagen unter sehr unbestimmten Zeichen erkrankt war. Täglich sollte die Temperatur mehrere Stunden lang ansteigen, bis zu 39° C., und dann wieder langsam abfallen. Dabei hätte das Kind keinen Appetit, wäre sehr teilnahmslos und körperlich sehr hinfällig. Ich fand ein schlecht genährtes, auffallend blasses Mädchen von äußerst grazilem Knochenbau und schlaffer Muskulatur. Temperatur normal. Puls klein und beschleunigt. Zunge belegt. Gaumenmandeln vergrößert. Zu beiden Seiten des Halses zahlreiche Drüsenschwellungen. Sonst aber war an den inneren Organen absolut nichts Positives zu finden. Wenige Tage darauf wurde ich in die Wohnung des Kindes gerufen. Ich stellte selbst 39,1° C. fest, konnte sonst aber keinerlei andere krankhaften Erscheinungen als bei der ersten Untersuchung feststellen. Und nun wiederholte sich täglich das gleiche rätselhafte Spiel, im ganzen volle zwei Wochen lang. Im Laufe des Nachmittags stieg die Temperatur stetig an, erreichte in der Nacht bis 39° C. und darüber und fiel sehr langsam wieder ab, so daß das Kind meist erst gegen Mittag völlig fieberfrei war. Trotz sorgfältigster Untersuchung des ganzen Körpers war an den inneren Organen jeden Tag ebenso wenig zu finden wie am vorhergehenden. Dabei wurde das Kind zusehends matter und hinfalliger. Der Appetit lag ganz darnieder. Jedes Interesse an der Umgebung war geschwunden. Die Stimmung wurde immer reizbarer. Bei jeder Untersuchung fing das Mädchen an heftig zu schluchzen und zu weinen. Merkwürdigerweise klagte es dabei niemals über Schmerzen, so oft man es auch fragen mochte. Nachdem dieser für den Arzt wie für die Angehörigen wenig behagliche Zustand der Ungewißheit im ganzen 14 Tage angehalten hatte, trat so plötzlich und unerwartet wie ein Deus ex machina an beiden Unterschenkeln, und zwar an der Vorderfläche der Tibia, ein typisches Erythema nodosum auf, das in den nächsten Tagen mit einigen spärlichen Effloreszenzen noch auf den Bauch und die beiden Vorderarme

überging. Und jetzt klagte das Kind auch zum erstenmal über Schmerzen, nämlich im linken Schulter- und rechten Sterno-clavicular-Gelenk. Die befallenen Gelenke zeigten geringe Schwellung, die allerdings zugleich mit den Schmerzen nach wenigen Tagen wieder verschwand. Schon am dritten Tage nach Ausbruch des Erythems war das Kind dauernd fieberfrei. Die kleine Patientin erholte sich aber im ganzen auffällig langsam. Erst 14 Tage nach Abfall des Fiebers war sie körperlich wieder so weit gekräftigt, daß sie das Bett verlassen konnte. — Ein am Tage des Erythemausbruches zugezogener Kollege hatte meine Diagnose bestätigt, im übrigen aber ebenfalls keine krankhaften Veränderungen an den inneren Organen feststellen können. Und doch machte der ganze Verlauf der Krankheit, insonderheit das 14tägige fieberhafte Prodromalstadium, es in hohem Grade unwahrscheinlich, daß das Erythem in diesem Falle als selbständige Krankheit aufgetreten war, vielmehr war anzunehmen, daß es nur ein lokales Symptom einer Allgemeinerkrankung sein konnte. Die Natur dieses allgemeinen Leidens war nicht schwer zu vermuten. Schon die Anamnese wies darauf hin. Das Mädchen, das ich selbst schon seit vier Jahren kenne, war, abgesehen von einer Masern- und Diphtherieerkrankung, bisher stets gesund gewesen. Wohl aber war der Vater des Kindes, ein Mann von ausgesprochenem Habitus phthisicus, vor einigen Jahren von mir wegen einer schweren Pleuritis exsudativa behandelt worden. In der nächsten Verwandtschaft waren zwei Todesfälle an Lungentuberkulose vorgekommen. Und bei dem Kinde selbst hatten die sich immer wiederholenden Fieberattacken schon vor dem Ausbruch des Erythems es mir wahrscheinlich gemacht, daß den sichtbaren Drüsenschwellungen am Hals unsichtbare im Brustkorb entsprechen würden. Die hervorragende Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Frühdiagnose der Tuberkulose zeigte sich auch hier. Eine Röntgenaufnahme der Brusthöhle ließ mit unzweifelhafter Klarheit Anschwellungen der beiderseitigen Hilusdrüsen erkennen. Und daß diese wirklich tuberkulöser Natur sein mußten, bewies der positive Ausfall der überdies noch angestellten Pirquet'schen Reaktion. Die Lungenfelder selbst zeigten auf der Platte, dem oft erhobenen physikalischen Befund entsprechend, keinerlei pathologische Veränderungen. Was nun die Stellung des Erythema nodosum in diesem Symptomenkomplex anbetrifft, so ist dieser Hautausschlag in dem vorliegenden Falle keine selbständige Erkrankung, keine einfache Dermatitis. Das Erythema nodosum entsteht unmittelbar im Anschluß an einen Fieberschub, nicht aber erst nach 14 Tage anhaltenden Fieberattacken. Die ganz auffällig schwere Prostration des Mädchens würde ebenfalls kaum durch den Ausschlag, der an sich gar keine Beschwerden verursachte, zu erklären sein. Vielmehr ist doch anzunehmen, daß das Erythem erst durch die tuberkulöse Infek-

tion hervorgerufen worden ist. Ebenso wie bei Scharlach, Masern, Typhus die betreffenden Hautausschläge erst durch diese Infektionen erzeugt werden, und zwar durch die Einwirkung der entsprechenden Bakterientoxine auf die Haut, so ist auch in diesem Falle das Erythema nodosum als ein toxisches, veranlaßt durch die Infektion des Körpers mit Tuberkelbazillen, aufzufassen. Wir kämen also hier zu dem Begriffe des tuberkulösen Exanthems. Uffelman n gebührt das Verdienst, auf diesen Zusammenhang zuerst hingewiesen zu haben, und zwar zu einer Zeit, als man noch nichts vom Tuberkelbazillus und noch nichts von Röntgenstrahlen wußte. Schon 1873 und 1876, in dem Archiv für klinische Medizin, zeigte er in einer Statistik von insgesamt 17 Fällen die Bedeutung des Ausschlages bei zur Tuberkulose disponierten Individuen und prägte zuerst das Wort von der „ominösen Form des Erythema nodosum“. In allen seinen Fällen, mit einer einzigen Ausnahme, handelte es sich um das kindliche Alter, und zwar in der überwiegenden Majorität um Mädchen. Stets waren es Kinder von überaus zarter Körperkonstitution, großer Muskelschwäche und außergewöhnlicher Blässe. Die Zahl der roten Blutkörperchen war gewöhnlich herabgesetzt, die der weißen vermehrt. Durch diesen Blutbefund erklärte sich Uffelman n die auffallende Schläffheit dieser Kinder. In einem Falle ging ebenfalls, wie in meinem, ein 14tägiges Prodromalstadium dem Ausbruche des Erythems voraus. Das Allgemeinbefinden war immer in einer Weise gestört, die in keinem Verhältnis stand zu den objektiven Veränderungen. Auch Uffelman n konnte in allen seinen Fällen keine Erkrankung der inneren Organe feststellen, insonderheit keine tuberkulösen. Eine Erkältung, wie sonst so häufig bei dem Erythema nodosum, war nie vorausgegangen. Wohl aber war fast immer tuberkulöse Belastung nachzuweisen. Meistens waren die nächsten Anverwandten an Tuberkulose erkrankt oder gestorben. Alle Fälle zeigten endlich eine außerordentlich langsame Rekonvaleszenz. Oft war noch nach Monaten nicht das frühere Wohlbefinden erreicht. Drei Kinder erkrankten bald nach dem Verschwinden des Erythems in manifester Weise an Tuberkulose, und eins von diesen ging sogar in kurzer Zeit daran zugrunde. Wir haben somit alle Ursache, einen fundamentalen Unterschied zu machen zwischen der einfachen und ominösen Form des Erythema nodosum. Die erste stellt ein harmlos selbständiges Leiden, die zweite dagegen ein sehr beachtenswertes und prognostisch bedenkliches Symptom einer schweren inneren Erkrankung dar. Bei allen Kindern, die aus tuberkulösen Familien stammen und außerdem durch ihre körperliche Beschaffenheit für diese Krankheit in hohem Maße disponiert sind, werden wir daher den Ausbruch eines Erythema nodosum stets besonders ernst zu nehmen haben und uns durch dieses Warnungszeichen noch mehr wie sonst verpflichtet

fühlen, mit allen Mitteln moderner Diagnostik, die Uffelman n bei seiner Statistik noch nicht zur Verfügung standen, die wahre Natur des Grundleidens zu ermitteln. Darin scheint mir eben die Hauptbedeutung dieser ominösen Form zu liegen, daß sie ein Frühsymptom der tuberkulösen Infektion darstellt, das heißt zu einer Zeit auftritt, wo wir durch geeignete prophylaktische Maßnahmen ein Fortschreiten der Krankheit in den meisten Fällen noch verhüten können.“
(Mediz. Klinik 1912 Nr. 19.)

Zur Prophylaxe der Lungentuberkulose. Von G. Löffler.
Verfasser schließt aus seinen Beobachtungen:

1. Es begegnet uns in der Praxis, namentlich unter jugendlichen Individuen, eine Reihe von Fällen, die auf den ersten Blick den Verdacht einer tuberkulösen Lungenspitzenaffektion erwecken, bei genauerer Untersuchung und im Lauf der Beobachtung aber sich als Folgezustände mangelhafter Spitzenlüftung darstellen.

2. Dieser Mangel liegt meistens in einem mechanisch-funktionellen Mißverhältnisse des Schulterringes oder des obersten Luftweges (der Nase oder des Nasenrachenraumes).

3. So erfreulich auch bei schwächlichen Individuen aus tuberkulös veranlagten Familien die Feststellung ist, daß die von uns gekennzeichneten Lungenveränderungen nicht spezifischer Natur sind, so dürfen letztere doch nicht unterschätzt werden. Vielmehr haben die Beobachtungen Hansemann's bei Obduktionen und die Experimente Bacmeister's die Gewißheit erbracht, daß wir in mechanischen Mißverhältnissen einen der beachtenswertesten Anlässe zu Lungenspitzentuberkulose haben.

4. Die Tuberkuloseprophylaxe muß diesem Momente daher ihre regste Aufmerksamkeit schenken. Sie kann auch erfolgreich dagegen ankämpfen, und zwar in der Regel durch die konservativen Methoden der Freiluftkuren und Atemübungen. In Fällen, wo auf diese Weise ein Dauererfolg nicht zu erzielen ist, sollte bei Vorhandensein einer Stenose der oberen Thoraxapertur die Frage der operativen Mobilisierung der ersten Rippe erwogen werden.

(Mediz. Klinik 1912 Nr. 29.)

„Mesbé“ bei Lungentuberkulose. Von Dr. Jarosch (Aus den Heilstätten Friedrichsheim und Luisenheim). Im „Reichsmedizinalanzeiger“ 1912, Nr. 18, machte Dr. Spangenberg (Berlin) Mitteilung über ein neues Mittel gegen Tuberkulose, das von einem früheren Farmer in Südamerika entdeckt wurde. Es besteht aus dem Extrakt aus einer zentral-amerikanischen Malvacee, der *Sidarrhombifolia Cubilguitziana*, und wird vom Entdecker mit „Mesbé“ bezeichnet, ein Name, den die südamerikanischen Indianer

der Pflanze geben. Dem Mittel wird eine spezifische Wirkung auf Tuberkulose in jeder Form, auch auf chirurgische, beigelegt, und es werden in obiger Veröffentlichung auch eine ganze Reihe von Fällen mit anscheinend sehr günstigem Erfolge mitgeteilt. Weitere günstige Erfahrungen in drei Fällen von Kehlkopf- bzw. Ohrentuberkulose veröffentlichte Dr. Heermann (Kiel) in der Münchener medizinischen Wochenschrift Nr. 34, 1912. Die Beschreibung der überaus günstigen Wirkung des Mesbé veranlaßte Verfasser, das Mittel in den Heilstätten Friedrichsheim und Luisenheim in einer Reihe von Fällen zu erproben. Er hat die Fälle sämtlich aus dem dritten Stadium der Lungentuberkulose — nur um diese Form der Tuberkulose handelt es sich bei diesen Versuchen — gewählt, da er von der Ansicht ausging, daß das Mittel, wenn es überhaupt wirken solle, eine ähnliche spezifische Wirkung auf die Tuberkulose und ihren Erreger haben müsse, wie etwa das Chinin bei der Malaria, und daß sich diese Wirkung am deutlichsten bei vorgeschrittenen Fällen zeigen werde, und da er beim zweiten Stadium im allgemeinen auch ohne jedes Mittel noch sehr gute Erfolge erzielt. Vollständig aussichtslose Fälle, die Verfasser sonst als nicht geeignet wegschicken würde, hat er jedoch nicht genommen. Vor Beginn der Behandlung mit Mesbé wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, ebenso am Schlusse derselben, ferner wurde zu Anfang und Ende der Anwendung die Pirquet'sche Kutanimpfung in der üblichen Weise vorgenommen, um festzustellen, ob sich etwa in der Reaktion eine Änderung ergeben würde. Verfasser tat dies, weil er auf Grund der Veröffentlichungen annehmen konnte, daß eine spezifische Wirkung auf die Tuberkelbazillen stattfinden müsse, und weil er feststellen wollte, ob die tuberkulösen Infiltrationen im Körper gänzlich verschwinden würden. Die Anwendung geschah so, daß die Kranken zweimal täglich mit einer Lösung von 1 g Mesbé auf 50 g heißem Wasser inhalierten — mittels eines Zerstäubers — und außerdem dreimal täglich eine Lösung von je 1 g Mesbé in 100 g heißem Wasser tranken. Sämtliche Anwendungen geschahen unter Aufsicht. Nach der vom Hersteller gegebenen Vorschrift erhielten die Kranken keinen Alkohol. Außer dem Mesbé erhielten die Kranken keinerlei Medikamente, es wurde nur die gewöhnliche Heilstättenkur fortgesetzt. Verfasser gibt die Krankengeschichten aller behandelten Fälle, neun aus Friedrichsheim und drei aus Luisenheim, wieder. Vorausschicken möchte er, daß die meisten Kranken angaben, daß das Mittel den Auswurf leichter löse und vermindere, also expektorierend wirkte. Eine besonders günstige Wirkung auf den Appetit wurde nicht angegeben, im Gegenteil gaben einige Kranke sogar an, daß sie seit der Anwendung weniger essen könnten. Die Gewichtszunahme war gegenüber den nicht mit Mesbé behandelten Fällen nicht verändert. Schädliche Nebenwirkungen

wurden nicht beobachtet. Ueber den Erfolg der Mesbébehandlung aus den obigen Fällen sich ein Urteil zu bilden, glaubt Verfasser dem Leser überlassen zu dürfen. Von einer spezifischen Wirkung auf die Tuberkulose hat er wenigstens nichts sehen können. Nur in einem einzigen Falle ist anscheinend eine günstige Wirkung festzustellen, obgleich auch bei diesem, der doch am längsten behandelt wurde, die katarrhalischen Erscheinungen nicht ganz verschwunden sind. Wenn das Mittel spezifisch wirken soll, so hätte sich dies doch in erster Linie darin zeigen müssen, daß im Sputum die Bazillen verschwanden. Dies ist nur in einem einzigen Falle geschehen, in allen anderen sind die Tuberkelbazillen geblieben, in einem wurden sie sogar vorher bei wiederholten Untersuchungen nie gefunden, dagegen fanden sie sich beim Schluß der Behandlung reichlich im Sputum. In zwei Fällen traten gegen Ende der Behandlung schwere Hämoptoën auf, die sich bei den betreffenden Kranken früher nie gezeigt hatten. Eine Veränderung im Röntgenbilde oder der Pirquet'schen Reaktion war in keinem Falle festzustellen. Das Mittel bei Kehlkopftuberkulose anzuwenden, hatte Verfasser nur in einem Falle Gelegenheit. Auch hier zeigte sich keinerlei Wirkung auf den tuberkulösen Prozeß, der bei Beendigung der Kur eher ausgedehnter war als zu Anfang. Es war wohl nicht ganz angebracht, das Mittel in so hervorragender und außerordentlicher Weise zu empfehlen. Verfasser kann sich auf Grund seiner Erfahrungen diesen Empfehlungen jedenfalls in keiner Weise anschließen und hat sich trotz der verhältnismäßig geringen Anzahl von Fällen schon jetzt zur Veröffentlichung entschlossen, da das Resultat der Behandlung ganz unzweideutig ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 5.)

Urethritis.

Harnröhrenentzündungen nichtgonorrhöischer Natur. Von Regimentsarzt Dr. Eugen Brodfield (Krakau). Reize, hervorgerufen durch chemische, mechanische, thermische und bakterielle Einwirkung, sind die häufigsten Ursachen derartiger Harnröhrenentzündungen. Von den durch chemische Agentien hervorgerufenen Urethritiden sind in erster Linie jene zu nennen, die infolge präventiver Injektionen post coitum durch stark konzentrierte Lösungen hervorgebracht werden. Die verschiedenen Silbereiweißpräparate, wie Protargol, Albargin usw., können bei dazu disponierter Harnröhrenschleimhaut infolge oftmaliger intensiver Reizung einen chronisch-katarrhalischen Zustand bewirken, welcher sich durch Ausfluß kennzeichnet. Hier wären auch anzuschließen diejenigen Urethritiden, welche lange Zeit nach Behandlung einer Gonorrhoe zurückbleiben, infolge zu langer und forcierter Behandlung der letzteren.

Durch Verwechslung von Injektionsflüssigkeiten, sei es durch den Patienten selbst oder durch das Wartepersonal, werden, wenn auch selten, Urethritiden heftiger Art infolge Verätzung erzeugt, die auch zu Strikturen führen können. Bekannt sind solche Verätzungen mit Karbolsäure, Sublimatlösungen, Jodtinktur und Alcohol absolutus. Derartige Urethritiden sind äußerst schmerzhaft und können sogar zur Abstoßung großer Schleimhautstücke aus der Harnröhre führen. Diese Urethritiden kennzeichnen sich durch den negativen Gokokkenbefund, dann, daß ihnen eine Inkubation fehlt; sie treten sofort oder kurze Zeit nach der schädigenden Einwirkung auf, erreichen bald ihren Höhepunkt, um meistens rasch und spontan zu vergehen. Bei den durch präventive Injektionen hervorgerufenen Katarrhen ist natürlich Aussetzung des Mittels anzustreben. Bei Verätzungen der Harnröhrenschleimhaut empfehlen sich feuchte Umschläge, eventuell Spülungen mit leichten Kaliumpermanganatlösungen. Traumen, sowohl größere als auch kleinere, können durch mechanische Einwirkung einen Entzündungszustand der Harnröhre mit Ausfluß bewirken. Diese Entzündung kann entweder größere Partien der Harnröhrenschleimhaut oder nur einzelne Stellen derselben betreffen, was nur durch die endoskopische Untersuchung zu erkennen ist. Auch hier tritt der Reizzustand unmittelbar nach der schädigenden Wirkung auf und führt meistens die Anamnese, sowie das Negieren des Coitus zur richtigen Diagnose. Derartige traumatische Urethritiden kommen infolge Verletzungen und Reizungen bei nicht fachgemäßem Katheterisieren, Bougieren, beim Durchgange von Nieren- und Blasenkonkrementen durch die Harnröhre, besonders wenn letztere spitzig sind, zustande. Die Mehrzahl derselben wird aber bei masturbatorischen Spielereien hervorgebracht; sowohl weiche als auch harte zu diesem Zwecke in die Harnröhre eingeführte Gegenstände bewirken einen Reiz mit Sekretion. Die Therapie soll eine negative sein, natürlich mit Ausschaltung der reizenden Ursache. Höchstens bei den genannten Konkrementen muß man, um sie rascher herauszubringen, stark diuretisch wirken durch reichliche Flüssigkeitsaufnahme, dünnen Tee, Milch oder gewöhnliches Wasser, eventuell Sauerlinge. Durch thermische Einwirkung wird nur in seltenen Fällen eine Urethritis hervorgerufen; dagegen sind die durch bakterielle Einwirkung hervorgebrachten häufig. Bekannt ist, daß nach einem Verkehre mit Menstruierten oder leukorrhöischen Individuen ein geringfügiger Katarrh entstehen kann, welcher spontan heilt. Auch sonst können die in der normalen Urethra vorkommenden Bakterien, Kokken (Strepto- und Staphylokokken), sowie auch nicht pathogene, durch irgend einen Reiz, wie ihn z. B. der Coitus ergibt, zu wuchern beginnen und eine oft längere Zeit dauernde Urethritis erzeugen. Wiederholt wurden von Ehemännern, die einen derartigen

Katarrh bekamen, ihre Frauen der geschlechtlichen Untreue bezichtigt. Das Fehlen von Gonokokken, resp. der Nachweis anderer Keime ist in solchen Fällen entscheidend. Die Schmerzen sind gering, der Ausfluß meist schleimig-eitrig, selten rein eitrig. Die Therapie besteht in Injektionen milder Mittel, z. B. $\frac{1}{2}\%$ iger Protargollösung. Zu dieser Gruppe gehören ferner die Katarrhe, die durch ein in der Urethra befindliches Ulcus molle oder durum entstehen. Nachweis der spezifischen Erreger dieser Geschwüre, das Verhalten der regionalen Drüsen sind entscheidend. Auch bei Effloreszenzen auf der Urethralschleimhaut infolge Syphilis kommen schleimig-eitrige, wenig sezernierende Katarrhe vor. Der bakterielle Befund, eventuell frische Syphilissymptome, Zeichen abgelaufener Syphilis, Anamnese, Erfolg der antiluetischen Kur führen in solchen Fällen zur richtigen Diagnose. Bei Katarrhen infolge Ulcera der Harnröhre sind Jodoformstäbchen (Jodoformii 2,0, Butyr. Cacao q. s. u. f. Bacilli urethralia Nr. X — zweimal täglich ein Stäbchen) empfehlenswert. Endlich wäre hier noch die Urorrhoea ex libidine zu erwähnen; bei Personen, deren Harnröhrenschleimhaut infolge überstandener Gonorrhoe oder infolge Onanie gereizt ist, aber auch ohne diese Disposition, kommt es manchmal infolge längerer geschlechtlicher Erregung zu einer wasserklaren, schleimigen Sekretion, welche bei geringen Graden nur als Tropfen in dem Orificium externum sich präsentiert. Mikroskopisch finden sich im Sekret Schleimkörperchen, Epithelien, auch Kokken, jedoch keine Gonokokken oder Eiterzellen. Die Therapie ist in leichten Fällen eine negative, bei länger dauernder Sekretion empfiehlt Finger einige Injektionen schwacher Sublimatlösungen (1 : 4000).

(Medizin. Klinik 1913 Nr. 6.)

Vermischtes.

Adamon, ein Baldrianersatz in fester Form. Von Prof. Dr. H. Gudden (Kgl. Psychiatrische Poliklinik München). Wenn auch Nervenkrankte sehr leicht suggestiver Wirkung unterliegen, hat Verfasser doch beim Adamon den Eindruck gewonnen, daß die Patienten zum allergrößten Teil unter der effektiven medikamentösen Wirkung standen. Er hat das Adamon an der Poliklinik jetzt seit über anderthalb Jahren im Gebrauch und hat es bei weit über 100 Fällen allein gegeben, um die sedative Wirkung besser kontrollieren zu können. Entsprechend dem Indikationsgebiete für Baldrianpräparate stellten Patienten mit allgemein nervösen Beschwerden, Neurastheniker und Hysterische, das Hauptkontingent für die Adamonprüfung. Weiter-

hin sah Verfasser gute Erfolge von Adamon bei nervösen Herzbeschwerden aller Art, nervöser Tachykardie, Atemnot und nervösen Störungen der weiblichen Sexualfunktionen. Vor allem bewährte es sich für die Behandlung von Zwangsvorstellungen. Bei den meisten Patienten trat auf Adamon prompte Beruhigung, zum Teil völliges Sistieren der vorher starken Erregung und inneren Unruhe ein. Angst und Schwindelgefühl ließen nach, es machte sich bei längerer Darreichung von Adamon allmählich eine so weitgehende Beruhigung bemerkbar, daß die Patienten wieder Nachtruhe fanden, ihrem Berufe nachgehen konnten. Klagen über Kopfdruck, Benommensein, Magendrücken, Verstimmung bei erhöhter Reizbarkeit gehören bei Neurasthenikern, Potatoren und Hysterischen ja zur Tagesordnung. Auf Adamon hin sind diese Beschwerden rascher zurückgegangen, als wenn Verfasser solche Patienten früher Baldriantee unter Zusatz von Bromalkalien nehmen ließ. Dabei sind Klagen über Aufstoßen, die bei den üblichen Baldrianpräparaten selten fehlten, niemals zu Ohren gekommen. Hinsichtlich der Dosierung hat Verfasser festgestellt, daß die Verabreichung kleinerer Dosen zu 0,5 öfter hintereinander gegeben günstiger wirkt, wie massive Dosen auf einmal. Er läßt für gewöhnlich drei- bis viermal am Tag eine Tablette jeweils nach den Mahlzeiten mit leichtem Tee oder heißer Limonade nehmen oder drei Tabletten auf einmal vor dem Schlafengehen. Eine ausgesprochen hypnotische Wirkung kommt dem Adamon nicht zu, in dieser Beziehung kann es mit dem Adalin oder Veronal nicht konkurrieren. Dagegen kann es infolge seiner reizmildernden sedativen Wirkung den Gebrauch an Schlafmitteln, der bei Nervösen leider nur oft in einen direkten Abusus ausartet, gut eindämmen. Um nochmals kurz zu resümieren, besitzen wir im Adamon ein durchaus unschädliches, wirksames Sedativum, den ersten brauchbaren Baldrianersatz in fester Form, der infolge seines indifferenten Geschmacks die Durchführung längerer Kuren ermöglicht, ohne den Magentraktus der Patienten in Mitleidenenschaft zu ziehen. Zugute kommt dem Adamon noch der unverfängliche Name, der weder auf Brom noch Baldrian schließen läßt, ein Moment, das für die Behandlung solcher Patienten, die Brom- und Baldrianpräparate schon bis zum Ueberflusse genossen haben und vom Arzt unbedingt ein neues Mittel ohne Nebenwirkung fordern, nicht zu unterschätzen ist.

(Mediz. Klinik 1913 Nr. 4.)

Gegen rote und rauhe Hände wird empfohlen:

Rp. Lanolini	1000 g
Paraffini liquidi	250 „
Vanillini	1 „
Olei rosae q. s. M. l. a.	

Rp. Amyli tritici	36 g
Glycerini boraxati	36 „
Glycerini puri	140 „
Aquae destillatae	116 „
Acidi benzoici	4 „

Die gesättigte Borax-Glyzerinlösung wird mit dem Glyzerin und Wasser gemischt, Benzoessäure und Stärke zugesetzt und auf dem Wasserbade unter Umrühren bis zur Klärung erwärmt. Nach dem Erkalten wird die Mischung beliebig parfümiert.

(Pharm. Post, Nr. 98, 1912, nach National Drugg., S. 346, August 1912.)

Ueber transitorisches Fieber bei Neugeborenen. Von A. v. Reuß (Klinik Pirquet, Wien). An Hand von 24 genau verfolgten Fällen schildert Verfasser das Krankheitsbild:

1. Bei Neugeborenen findet man nicht selten um die Mitte der ersten Lebenswoche, am häufigsten am dritten und vierten Tage, Fiebertemperaturen, welche bald schon nach einigen Stunden, bald erst nach zwei bis drei Tagen, meist ziemlich rasch (kritisch) wieder zur Norm zurückkehren. Das Temperaturmaximum liegt gewöhnlich zwischen 38 und 39°.

2. Die Kinder zeigen bei rasch vorübergehendem Fieber meist keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens; bei längerer Dauer desselben sind sie entweder auffallend unruhig oder matt und somnolent; sonst ist der objektive Befund (von einer in einzelnen Fällen auftretenden geringgradigen Milzschwellung abgesehen) ein negativer.

3. Die Ursache dieser Fieberzustände dürfte im Hinblick auf die typische Zeit ihres Auftretens in den zugleich im Organismus ablaufenden eigentümlichen Vorgängen (Stoffzerfall, Wasserverlust, erste Nahrungsaufnahme und ihre Folgen) zu suchen sein. Auch die mangelhafte Wärmeregulation des Neugeborenen kommt als unterstützendes Moment in Betracht.

4. Die Therapie ist eine rein symptomatische (kühlende Wickel). Bezüglich der Ernährung gelten dieselben Regeln wie für nicht fiebernde Kinder.

Im gleichen Hefte berichtet Heller (Augusta-Viktoria-Haus) über identische Beobachtungen an 33 Fällen.

(Zeitschrift für Kinderheilkunde Bd. 4 Heft 1. —
Zentralblatt für Kinderheilkunde 1913 Nr. 1.)

Ein praktisches Antiphen. Von Dr. Halle in Charlottenburg. Es kam darauf an, ein Antiphen aus einem festen, desinfizierbaren Stoff herzustellen, der bei Körpertemperatur etwas weicher und anschmiegender wurde, ohne die Form zu verlieren. Auch mußte

es leicht und ohne Instrumente entfernt werden können. Als solchen Stoff benutzte Verfasser das auch sonst zu diesem Zwecke verwandte Hartparaffin. Ein Wattekern wurde mit einer Schleife aus Seide armiert und in heißes Paraffin vom Schmelzpunkt 52—57°, je nach gewünschter Härte, getaucht. Das Ganze wird zur Kugel in drei verschiedenen Größen modelliert und ist alsbald gebrauchsfertig. Das Antiphon kann in Sublimat etc. desinfiziert werden, schmiegt sich dem äußeren Gehörgang gut an und ist an der Fadenschlinge leicht herauszuziehen. Es hat sich Verfasser seit 2½ Jahren in vielen Fällen trefflich bewährt. Da ihm die Anfertigung zu zeitraubend war, hat Verfasser sie der Firma H. Pfau (Berlin) übertragen. (Deutsche med. Wochenschrift 1913 Nr. 1.)

Die Anwendung von Spiritus - Glyzerin zu feuchten Verbänden als Ersatz der essigsauren Spiritus- und Essigsäure-Tonerde-Therapie. Von F. Dörken (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen). Gegen feuchte Verbände ist die Haut oft sehr empfindlich, namentlich die Haut von Kindern. Und hier sind es wieder besonders die exsudativ - diathetischen, die selbst bei kurze Zeit liegenden feuchten Verbänden oder Prießnitz-Umschlägen mit starker Rötung, mit Exanthemen, ja manchmal mit schwerer Furunkulose reagieren. In der Göttinger Klinik wird nun seit etwa acht Jahren eine Mischung von 96%igem Spiritus und Glyzerin aa zu Verbänden und Umschlägen (Drüseneiterung, Mastitis, phlegmonöse Prozesse, Nabelentzündung u. dgl.) verwendet, ohne daß je eine reizende Wirkung bemerkt wurde (auch zu Halsumschlägen eignet sich die Mischung sehr). Diese Mischung kann daher, zumal sie stark antiphlogistische Eigenschaften besitzt, warm empfohlen werden, wo ein feuchter Verband notwendig erscheint. Auch bei Neugeborenen ist die Applikation unbedenklich.

(Therap. Monatshefte, Oktober 1912.)

Zur internen und externen Anwendung des Hefepräparates „Furunkulin“. Von Privatdozent Dr. R. Polland (Aus der Dermatologischen Klinik in Graz). Es kommt darauf an, nur erstklassige Präparate zu benutzen, die wirklich reine, lebensfähige gut gärende Hefe darstellen. Die moderne Chemie und Technik hat uns in den Besitz solcher Präparate gesetzt, und unter diesen verdient vor allem das „Furunkulin Zyma“ (Zyma A.-G., St. Ludwig i. Els.) Beachtung, das sich unter allen bisher mit Hefepräparaten gemachten Versuchen an der Klinik noch am besten bewährt hat. Was zunächst das Furunkulin Zyma für den inneren Gebrauch anbelangt, so wurde es in zwei Formen hergestellt, einmal als ein gelbliches, trockenes, schwach pilzartig riechendes und schmeckendes Pulver, von dem man

täglich drei bis vier Kaffeelöffel zu sich nimmt, und dann in Gestalt von Tabletten. Gegen das Nehmen von Hefepulver, auch wenn es mit Speisen oder Getränken vermischt wird, haben viele Leute eine Abneigung, und sie führen dann die verordnete Kur nicht ordentlich durch, obwohl das Furunkulin Zyma durchaus nicht als direkt schlecht schmeckend bezeichnet werden darf. Aber es zeigt sich, daß die Tabletten viel lieber genommen werden: sie können leicht mitgeführt werden, man kann sie rasch hinunterschlucken, kurz, sie sind recht bequem. Verfasser möchte aber nach seinen Erfahrungen unbedingt raten, Hefepräparate nur in Pulverform zu verordnen und von den Tabletten ganz abzusehen und zwar aus folgenden Gründen: Um in Tablettenform gebracht werden zu können, müssen die Hefezellen ungemein stark komprimiert werden, sonst sind die Tabletten nicht haltbar und fangen bald an zu gären, so daß sie die Glasröhren sprengen. Durch das Zusammendrücken werden aber die meisten Zellen schwer geschädigt, die Tabletten lösen sich nur unvollkommen auf, die Gärung ist schwach und der Erfolg dementsprechend geringer. Man dringe lieber mit Energie darauf, daß das Präparat in Pulverform genommen werde, der Erfolg ist viel besser; eventuell kann man Oblaten benutzen. Zur Verwendung gelangte bei den Versuchen das Furunkulin Zyma in erster Linie bei Furunkulose verschiedener Intensität, bei Akne juvenilis, Seborrhoe, bei verschiedenen anderen Dermatosen, bei denen der Verdacht des Zusammenhanges mit abnormen Verdauungsvorgängen bestand. Das Präparat wird meist gut vertragen, auch wenn anfangs etwas Widerwille besteht, Schädigungen hat Verfasser nie bemerkt. Eine ziemlich allgemeine Wirkung sind vermehrte Stühle, was ja meist beabsichtigt ist. In einigen Fällen hat Verfasser ganz augenscheinliche Erfolge aufzuweisen. So erinnert er sich einer Patientin, die monatelang alle zwei bis drei Wochen einen Furunkel im Gesicht bekam und viel darunter leiden mußte. Nachdem sie einige Wochen Furunkulinhefe genommen hatte, war die Affektion dauernd abgeheilt. Bei einer andern sehr blutarmen und nierenleidenden Dame, die von einer heftigen Furunkulose befallen wurde, konnte bis jetzt wenigstens eine deutliche Besserung erzielt werden, indem die Furunkel seltener kommen und oft nicht vereitern — und so könnte noch eine Reihe von Fällen angeführt werden. Schwerer ist es zu sagen, ob bei der verbreiteten Akne juvenilis und den mit Seborrhoe zusammenhängenden Zuständen die interne Anwendung des Furunkulin Zyma einen wesentlichen Nutzen schafft; es wirken zum Zustandekommen dieser Affektionen so viel verschiedene Ursachen mit, die Dauer des Zustandes ist so lang, daß es sehr schwierig ist, den Einfluß eines derartigen Stoffwechselmittels einwandfrei beurteilen zu können. Da sich aber bei solchen jungen Leuten recht oft abnorme Darmgärungen finden, so ist jedenfalls in

den stärkeren Fällen ein Versuch mit Furunkulin gewiß angezeigt. Interessanter fast, als die schon lange geübte interne Verwendung ist die äußere Anwendung der Hefe, wie sie durch die von der gleichen Firma hergestellte Furunkulinpasta Zyma ermöglicht wird. Ihr Indikationsgebiet umfaßt einmal die durch Eitererreger hervorgerufenen Hautkrankheiten, Impetigo, Furunkel, Akne, Follikulitiden und „Sykosis“ aller Art usw. Die Pasta, die unter dem Einfluß der Körperwärme und Feuchtigkeit stark zu gären beginnt, stört das Wachstum der Mikroben bis in die tieferen Schichten der Haut und wirkt günstig auf entzündliche Infiltrate, deren Resorption sie fördert. In allen solchen Fällen kann man die Furunkulinpasta Zyma mit gutem Erfolg an Stelle von Präzipitat-, Jod-, Ichthyol- oder dergleichen Salben anwenden. Ein Vorteil ist dabei, daß die Haut gar nicht gereizt wird. Mit besonderem Interesse sah Verfasser dem Versuch entgegen, Furunkulinpasta Zyma bei nässenden Ekzemen anzuwenden. Ueber die Natur der verschiedenen, unter dem Namen „Ekzem“ zusammengefaßten Dermatosen sind bekanntlich die Ansichten immer noch geteilt. Eine Anzahl Fachmänner schreibt gewissen Mikroorganismen eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Ekzeme zu. Viele andere meinen wenigstens, daß die verschiedenen Mikroben, die sich in Ekzemherden, oft massenhaft finden, den Krankheitsprozeß wenigstens unterhalten, wenn sie vielleicht auch nicht pathogen im engeren Sinne sein mögen. In der Tat macht jeder Dermatologe die Erfahrung, daß bei manchen Ekzemen antiseptische Mittel oft überraschende Erfolge bringen, während man vielleicht befürchtet hat, daß sie reizen könnten. So erinnert Verfasser an die gute Wirkung antiseptischer Umschläge oder sogar Bäder (z. B. mit Kaliumpermanganat), und er hat vor nicht zu langer Zeit mit Erstaunen gesehen, wie bei einem kleinen Kinde mit einem nässenden, „impetiginösen“ Ekzem im Gesicht, das der Fettsalbenbehandlung trotzte, eine fettfreie Sublimatsalbe von seifenartigem Charakter, die bei anderen Patienten direkt gereizt hatte, in diesem Fall eine ganz auffallende Besserung brachte. Es ist ja leicht einzusehen, daß auf dem reichlichen Serum, unter den Krusten und Borken, sich eine üppige Flora entwickelt, die imstande ist, einen Entzündungsprozeß zu unterhalten und zu steigern. Diese Erwägungen veranlaßten Verfasser, mit der Furunkulinsalbe bei geeigneten Ekzemfällen Versuche zu machen. Es sind beiläufig Fälle, bei denen man nach alter Schule Verbände mit Ungt. Diachylon Hebrae anzuwenden pflegt, also gerötete, nässende, krustende Ekzeme, besonders auch „impetiginöse“, die mit Eiterpusteln gemischt sind. Die Pasta muß recht dick auf Leinwand gestrichen aufgelegt werden; nach einigen Stunden ist die Gärung lebhaft im Gange. Man kann dann den Verband abnehmen und durch einen Salbenverband ersetzen, um

am nächsten Tage das Verfahren zu wiederholen. Zu lange soll man den Verband nicht liegen lassen, die Gärung schreitet sonst zu weit fort, und es könnte doch zu unliebsamen Reizungen kommen. Verfasser muß aber ausdrücklich bemerken, daß er bei der von ihm geübten Anwendungsweise selbst bei empfindlichen Ekzemen nie eine unangenehme Reizung wahrgenommen hat. Diese Behandlungserfolge scheinen wohl dafür zu sprechen, daß bei derartigen Hautentzündungen irgendwelche Mikroben doch nicht ganz unschuldig sind, ohne deshalb behaupten zu wollen, daß es sich dabei um bestimmte Ekzemerreger handeln müsse. Die bisherigen Erfahrungen ermutigen, speziell bei Ekzem noch weitere Versuche mit Furunkulin Zyma zu machen, die Verfasser aus den angeführten Gesichtspunkten interessant scheinen. Ein weiteres Anwendungsgebiet des Furunkulins bilden Katarrhe der Vagina und des Zervikalkanals, mögen sie nun gonorrhoeischen Ursprungs sein oder einer anderen Ursache entstammen. Man geht dabei so vor, daß man einen Gazetampon reichlich in Furunkulinpulver eintaucht und in die Vagina einführt. Man muß aber den Tampon nach drei bis höchstens fünf Stunden wieder entfernen und dann gut ausspülen, denn es kommt zu einer starken Gärung, wobei sich bei zu langem Verweilen des Tampons sehr üble Gerüche entwickeln. Diese starke Gärung zerstört aber die Flora der Vagina, die Schleimhaut reinigt sich sehr bald und die Sekretion nimmt ab. Es ist gerade hier die Wirkung recht gut und der bloßen Spülung oder der Behandlung mit bloß trockenen Pulvern oder salbenartigen Substanzen überlegen, weil die Gärung mit einer gewissen Gewalt vor sich geht, wodurch auch Falten und Buchten der Schleimhaut der Wirkung des Ferments zugänglich gemacht werden. Es kommt ferner noch eine Furunkulinseife Zyma in den Handel, die besonders der großen Schar der Seborrhoiker und der an Akne und Follikulitiden Leidenden empfohlen werden kann. Sie ist milde und mazeriert die Haut nicht.

(Therapie der Gegenwart, März 1913.)



Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer, in Friedenau-Berlin.

Verzeichnis der Stich- und Schlagworte.*)

- Agrypnie 1, 3, 4, 6, 9, 11
Aktinomykose 11
Alopecia 9
Anämien 10
Anästhesie, Narkose 1, 5, 9, 11
Anosmie 6
Anthrax 2, 7
Antisepsis, Asepsis, Desinfektion 2, 3, 5, 6, 10
Apoplexie 2
Appendicitis 1, 5, 8
Arteriosklerose 2, 5, 11
Arthritis deformans 3
Arthritis urica 1, 4, 9
Arzneiexantheme 7
Asthma 4, 7
Augenentzündungen 4, 8, 12
- Balanitis 10
Basedow'sche Krankheit 1
Blutungen 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11
Bronchiektasien 7
Bronchitis 12
- Cholelithiasis 11, 12
Chorea 6
Condylomata acuminata 5
Cystitis 4, 10
- Diabetes 5, 7
Diarrhöen 8
Diphtherie 2, 3, 4, 9, 11, 12
- Dupuytren'sche Kontraktur 6
Dyshidrosis 6
- Ekzem 4, 11
Emphysema pulmonum 5, 7
Encephalitis 2
Epididymitis 7
Epilepsie 2, 3, 5, 11, 12
Erbrechen, nervöses 1
Erysipelas 4, 10
Erytheme 2
- Frakturen und Luxationen 2, 5, 7, 9, 11
Fremdkörper 2
Furunkel 10
- Gangrän 12
Gelenkverletzungen 7
Gonorrhoe 2, 4, 7, 9, 11, 12
- Haemorrhoiden 10
Helminthiasis 4, 11
Heufieber 9
Hodenektomie 1
Hydrops 12
Hypertrichosis 2
Hysterie 3, 5
- Intoxikationen 2, 6, 8, 9, 10, 11, 12
Ischias 1, 6

*) Hier bezeichnen die Zahlen die Nummern des Blattes, bei den übrigen Registern die Seiten.

IV

Kopfschmerzen 6

Lichen 1

Lupus 2

Magendarmaffektionen 12

Meningitis 7

Menstruationsanomalien 7, 9

Mumps 4

Neuralgien 8

Neurosen 1

Obstipatio 3, 10

Ohrensausen 11

Otitis 3, 8

Paralysen 6, 8, 12

Pediculi capitis 12

Pertussis 4, 9, 12

Phlegmonen 9

Pleuritis 4

Pneumonie 5, 10, 12

Prostataatrophie 2, 4

Pruritus 10, 12

Psoriasis 2, 11

Rachitis 11

Rheumatismen 3, 8, 9, 11

Rhinitis 3

Rotlauf 11

Rumination 5

Scabies 11

Scarlatina 3, 8, 10

Schädelimpression des Neugeborenen 1

Schreibkrampf 1

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Seekrankheit 3, 5

Sehnenscheidenphlegmone 9

Sepsis, Pyämie 8

Streptokokkenkrankungen 5

Struma 1

Syphilis 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Tabes 8, 9, 11

Tendovaginitis 1

Thrombosen 6

Tuberkulose 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Tumoren 3, 7, 10

Typhus 6, 9

Ulcus cruris 4, 10

Ulcus molle 4

Urethritis 12

Urticaria 3, 9

Vaginitis 8

Varizen 6

Verrucae 6, 10

Vitia condis 9

Volvulus 4

Vulnera 7

Verzeichnis der Originalartikel.

- | | |
|--|---|
| Bergemann, H., Tuberkulose und Auge 705 | im Dienste der Erkennung und Behandlung der Magenerkrankungen 193 |
| Berger, H., Die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie 65 | Joseph, M., Wie soll der praktische Arzt die Psoriasis behandeln? 641 |
| Bosse, B., Ueber den derzeitigen Stand unserer Diphtheriekenntnisse und -Forschungen 385, 449, 513 | Richter, P. F., Azetonurie beim Diabetes und ihre Bedeutung 257 |
| Dutoit, A., Einige Neuerungen in der Behandlung der Konjunktivitis 321 | Schreiber, E., Die Behandlung der Syphilis in der Praxis 3 |
| Gumtau, Fall von Eklampsie post partum 645 | Spiegel, S., Neuerungen auf dem Gebiete der Impotenz-Therapie 577 |
| Henius, M., Das Röntgenverfahren | Vulpinus, O., Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung 129 |

Inhaltsverzeichnis.

A

- Abort und seine Behandlung 350
Adalin bei Agrypnie 327, 523
Adamon 352, 762
— bei sexuellen Reizerscheinungen 372
— bei akuter Gonorrhoe 665
Adnexerkrankungen, Behandlung der Blutungen bei entzündlichen 470
Adrenalin bei Asthma bronchiale und chronischer Bronchitis 214
Aethylalkoholamblyopie, akute 599
Afridolseife 636
Agrypnie, Luminal bei 9
—, zur Hydrotherapie der nervösen 136
—, Codeonal bei 328, 646
—, Trivalin bei 522
—, Adalin bei 327, 523
—, Alendrin bei 524
— bei organischen Herzleiden, Mittel gegen 647
Airol bei Gonorrhoe 224
Aktinomykose, Röntgenbehandlung 647
Alendrin als Sedativum und Einschläferungsmittel 624
Alkohol, warum nicht gerade 70%iger so stark bakterizid? 141
—, Desinfektion der Hände mit — ohne vorherige Seifenwaschung 331
Alkoholismus, pathologische Veränderungen des Pankreas bei chronischem 401
Alopecia seborrhoica und deren Behandlung 525
— traumatica und Vitiligo 527
Amenorrhoe, zur Behandlung 417, 546
Amphotropin als Harndesinfiziens 591
Anämie, perniziöse, als Unfallfolge 581
—, Brennen auf der Zunge als Frühsymptom perniziöser 580
—, Kombinationstherapie bei perniziöser 529
—, Ersatz des Gummis durch metallene Spiralfedern bei der künstlichen 762
Anaphylaxiegefahr in der Praxis 722
Angiosklerose der Darmarterien mit intermittierendem Hinken 271
Anilinvergiftungen durch Schuhe 545
Anosmie, zur traumatischen 330
Anthrax, Behandlung 79, 80
—, zur Behandlung des äußeren 391
Antiphaon, Paraffinwatte als 140, 326
—, praktisches 764
Antistreptokokkenserum, Anwendung per os und lokal in Pulverform 298

- Apoplexie als Unfallfolge anerkannt 81
 Appendizitis, epileptische Krämpfe infolge 17
 — der Kinder, Bedeutung der Oxyuren 229
 — acuta mit Ileus 268
 — acuta, Diagnose mittels Auskultation 269
 —, Schulterschmerz bei 459
 —, Schwangerschaft mit 460
 Armhochlagerungsschiene 378
 Arsenikvergiftung nach Salvarsaninfusion 493
 Arsenocerebrin bei Epilepsie 94
 Arteriosklerose, Jodtropon bei 83
 —, Jodozitin bei 85
 —, Sanasklerose bei 651
 Arteriosklerotische Neuritis und Radiculitis 270
 Arthigon bei Epididymitis gonorrhoea 225
 — bei Arthritis gonorrhoea 666
 Arthritis deformans 146
 Arthritis deformans und Unfall 143
 — urica, Behandlung 24, 208
 — —, Atophan bei 28
 — —, Milderung und Verhütung der Anfälle 532
 — —, Wein, Apfelwein 535
 Arzneiexanthem nach Pantopon 391
 Asthma bronchiale, Behandlung 212
 — —, Adsenalin bei 214
 — —, zur Behandlung des Anfalls 393
 Aszites und schlaffe Ovarialzysten, Differentialdiagnose 627
 Atherome, Verfahren zur Entfernung 183
 Atophan bei Rheumatismen 165
 Atophanbehandlung, Beiträge zur 28
 Atropin bei Ohrensausen 675
 Auge, Tuberkulose und 705
 Augenbadewanne 463
 Autan, Zimmerdesinfektion mit 265
 Azetonurie beim Diabetes 257

B

- Balanitis gangræna, Fall 585
 Bandwurmkur 229
 Basedowsche Krankheit, Kopstase und 29
 Basedow-Symptome bei Lungentuberkulose 308
 — Krankheit, Intestinalerscheinungen bei 29
 — — bei Kropfbehandlung, Jod und Thyreoidin als Ursache der 51
 Beckenhochlagerung 238
 Benzoldampfvergiftungen, zur Kasuistik 340
 Betriebsunfall, Begriffsbestimmung 125
 Blasenblutung diabetischen Ursprungs 396
 Bleilähmung, Ausgang und Prognose 544
 Bleivergiftung in der Messingindustrie 733
 Blennaphrosin, ein internes Antigonorrhoicum 104
 Blutungen, Behandlung atonischer 334
 — in der Geburtshilfe, Behandlung 395
 — bei entzündlichen Adnexerkrankungen, Behandlung 470
 — der weiblichen Genitalien, Behandlung der essentiellen 654
 Bolus alba, Wundbehandlung mit 16
 Brachialplexusneuritis und -polyneuritis; metapneumonische 741
 Bromural in der Zahnheilkunde 573

VIII

- | | |
|---|---|
| Bronchiektasien, Behandlung 398 | Bronchitis, Tinctura Pulsatillæ bei 741 |
| —, künstlicher Pneumothorax bei 425 | —, Behandlung der akuten spastischen — des frühesten Kindesalters im Anfall 713 |
| Bronchiolitis und Bronchopneumonie der kleinen Kinder 607 | Bronchisan 716 |
| Bronchitis, Thiovinol bei 550 | |
| —, Adrenalin bei chronischer 214 | |

C

- | | |
|--|--|
| Chineonal 186 | Codeonal, Erfahrungen mit 328, 646 |
| — gegen Pertussis 740 | Condylomata acuminata, Behandlung 276 |
| Chloræthylrausch und -Narkose 263 | Conjunctivitis, Neuerungen in der Behandlung 321 |
| Chlorkresoltabletten „Grotan“ 331 | —, Augenwasser bei 713 |
| Chocolin bei akuter Gonorrhoe und ihren Komplikationen 162 | Credéisierung, Sophol und Argentum nitricum zur 731 |
| Cholelithiasis, zur Diagnose 655 | Cykloform bei Ulcus cruris 246, 629 |
| —, Behandlung 655 | Cystitis, Hexal bei 219, 220, 592 |
| —, Behandlung mit Rettigsaft 717 | — gonorrhoeica, Cystopurin bei 103 |
| Chorea, zur Aetiologie und Symptomatologie 336 | Cystopurin bei Gonorrhoe und Cystitis gonorrhoeica 103 |
| — gravidarum 557 | |
| — —, Salvarsan bei 745 | |

D

- | | |
|--|--|
| Dacryocystitis chronica, Zusammenhang mit den Erkrankungen des Siebbeins 214 | Diarrhoe, neue medikamentöse Behandlung 473 |
| Dammnaht, zur Technik 379 | Diathese, hartnäckige hämorrhagische — geheilt durch Injektion defibrinierten Blutes 333 |
| Darmarterien, Fall von Angiosklerose 271 | Digitaliskuren, chronische 572 |
| Desinfektion der Hände mit Alkohol ohne Seifen- oder andere Waschung 331 | Dionin in der Augenheilkunde 712 |
| Diabetes, Azetonurie beim 257 | Diphtherie, Leitsätze für Bekämpfung 89 |
| —, Beziehungen zum psychischen Shock 277 | —, Diagnose der larvierten 91 |
| — mit reflektorischer Pupillenstarre 277 | —, zur Infektionsdauer 148 |
| —, Hediosit bei 399 | —, Erfahrungen 536 |
| Diablastin 628 | —, Erfahrungen während der letzten Epidemie 656, 718 |
| Diätbehandlung und diätetische Küche 376 | —, Fall mit Fremdkörpersuffokation durch eingedicktes Sekret 537 |
| Diarrhoe, Pepsin bei 472 | —, Behandlung 402 |

- Diphtherie, Hydrarg. cyanat. bei 539
 Diphtheriekeime, Absonderung durch den Harn 724
 Diphtheriekenntnisse und -Forschungen, derzeitiger Stand 385, 449, 513
 Diplegia brachialis neuritica 346
 Drüsen- und Lungenhilustuberkulose der Erwachsenen, endothorakale 57
 Dürkheimer Mayquelle für die Gynäkologische Praxis 380
 Dupuytren'sche Kontraktur, Fibrinolytinbehandlung 338
 Durchfälle, neue medikamentöse Behandlung 735
 Dysbasia arteriosclerotica und Plattfuß 272
 Dyshidrosis palmaris 338
 Dysmenorrhoe, Behandlung 654
 —, Behandlung mit Ovaradentriferrin 547
 Dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis 271

E

- Eisensajodin 508
 Eklampsie post partum, Fall 645
 — und ihre Behandlung 418
 —, abwartende Behandlung 242
 —, aktive oder abwartende Behandlung? 420
 —, Pituglandol bei 617
 Ekzem, akute Nephritis nach impetiginösem 222
 —, Behandlung des squamösen 660
 — des Ohrs, Behandlung 661
 Ekzema tyloiticum, Behandlung 223
 Embolien, prämonitorische Symptome 360
 Emphysema pulmonum, zur physikalischen Behandlung 280
 Entbindungen, schmerzlose 691
 Entbindungslähmung des Armes 483
 Epididymitis acuta nach Muskelanstrengung 405
 — gonorrhoeica, Behandlung mit Arthigon 225
 —, Potentia generandi trotz doppel-seitiger tuberkulöser 428
 Epilepsie, therapeutische Maßnahmen bei genuiner 725
 —, Arsenocerebrin bei 94
 — Zebromal bei 95
 Epilepsie, Luminal bei 96
 —, Sedobrol bei 97, 661
 — salzarme Kost bei 724
 —, Indikation der Operation 154
 —, Operation der traumatischen 157
 —, zur Aetiologie und Therapie 726
 —, durch Zystizerkus verursachte Jackson 284
 —, Zornausbrüche bei 284
 Epistaxis, einfaches mechanisches Mittel gegen 272
 —, Verhalten des Arztes bei 466
 Erbrechen, nervöses 29
 —, unstillbares, bei Retroversio uteri puerperalis 488
 Erröten, Behandlung des krankhaften 190
 Ervasin bei Rheumatismen 484
 Erysipel, latentes 593
 —, Psychose nach 592
 —, Behandlung 223
 — des Gesichts, Behandlung 593
 Erystypticum 274, 652
 Erythema nodosum, ominöse Form 755
 Esmarch'sche Binde, haltbarer Ersatz 381

- Esmarch'sche Binde, Gefahren 480
 Euresolspiritus bei Psoriasis capitis 676
 Eusemin in der kleinen Chirurgie 530
 Extract. fluid. follic. Sennae 600

F

- Fazialislähmung, zur Kenntnis der syphilitischen 736
 Fettgewebe, Nekrose durch Naht 438
 Fibrolysin bei Tendovaginitis crepitans 54
 Fibrolysin-Idiosynkrasie 441
 Fibrolysininjektionen, Dehnung peritonealer Verwachsungen durch den graviden Uterus unter Beihilfe von 121
 Fieber Tuberkulöser, Hydropyrid-Grifa beim 500
 — bei Neugeborenen, transitonisches 764
 Fingerfrakturen 407
 Folliculin 600
 Frakturen der oberen Extremität, ambulante Behandlung mit Gips-schienen 285
 —, zur forensischen Bedeutung von pathologischen 663
 Fremdkörperverletzung der Paukenhöhle infolge Eindringens eines Reisigzweiges 100
 Furunkulin, interne und externe Anwendung 765
 Furunkulose, Behandlung 596

G

- Gangrän, Behandlung beginnender 727
 Gastritis alcoholica, Behandlung der Magenschmerzen 508
 Gastro-Enterocatarrhus acutus, Behandlung 736
 Gaze-Aether-Methode 13
 Gebärmutter (siehe Uterus)
 Geburtsschmerz, Herabsetzung des 45
 Gelenkrheumatismus, Beitrag zur Behandlung 552
 —, Ervasin bei 484
 —, Melubrin bei 485
 —, septischer 678
 Gelenkverletzungen, Verhütung von Muskelschwund bei 408
 Gesichtsekzem der Kinder 222
 Gewürze, Bedeutung für die Ernährung 701
 Gifte, Fehlerquellen beim gerichtlich-medizinischen Nachweis 670
 Giftsumach, Giftwirkungen 474
 Glanduitrin 619
 Gonokokken, schnell vernichtendes, Eiterkörperchen auflösendes Mittel 542
 Gonorrhoe, Cystopurin bei 103
 —, Blennaphrosin bei 104
 —, Chocolin bei 162
 —, Airol bei 224
 —, Adamon bei 665
 —, Vakzinebehandlung 543
 — des Mannes, zur Abortivbehandlung 105, 729
 —, vaginale Behandlung mit Xerax 409
 Granuloma teleangiectaticum manus 431
 Grotan-Chlorkresoltabletten 331
 Guajakose, zur Bewertung der 361
 Gummihandschuhe, zur Sterilisation 142

H

- | | |
|---|--|
| <p>Haarentfernungsmittel 105
 Hämatoemesis bei Tabes 496
 Hämatom der Nebennieren bei einem Neugeborenen 470
 Hämaturie infolge von Blasenblutung diabetischen Ursprungs 396
 Hämorrhagische Erkrankung beim Neugeborenen, spontan geheilt 471
 Hämorrhoiden, Mittel gegen 597
 Hände, Behandlung roter und rauher 763
 Händedesinfektion nach der „Bulus“-Methode Liermann 74
 Halsbekleidung, Wirkung unzweckmäßiger 445
 Handgelenk-Bandage 61
 Handvibrationsapparat 573
 Hautdefekte an den Extremitäten, Methode zur Heilung großer 62
 Hautnarben, Behandlung 311
 Hebammen, innere Untersuchung durch 239
 Hediosit 399</p> | <p>Hegar'sches Symptom in den ersten Monaten der Schwangerschaft 557
 Hemiplegie im Frühstadium der Syphilis 693
 Herzneurosen, Diagnose und Behandlung der reinen 39
 Heufieber, vasomotorische Rhinitis und verwandte Störungen 543
 Hexal 219, 220, 592
 Hodenektomie, zur Diagnose 31
 Hydrastinin. hydrochloric. Bayer 86, 217, 471
 Hydrastis und synthetisches Hydrastinin 589
 Hydropyrim-Grifa beim Fieber Tuberkulöser 500
 Hyperemesis gravidarum, zur 745
 — —, Thyreoidin bei 420
 Hyperol, Erfahrungen mit 72
 Hypophysenextrakte bei Wehenschwäche 236
 Hysterische Kontraktur nach leichtem Unfall 287</p> |
|---|--|

I

- | | |
|--|--|
| <p>Ichthoform bei Typhus 569
 Ichthynat, Erfahrungen mit 121
 —, ein neues Resorbens in der Gynäkologie 443
 Ichthyolsapen 60
 Ikterus, Fall von syphilitischem 621
 — bei hereditärer Syphilis 691
 Impfungen, Desinfektion des Operationsfeldes bei 267
 Impotenz-Therapie, Neuerungen auf dem Gebiete 577</p> | <p>Inhalationsapparat, improvisierter 378
 Instrumentensterilisator und Universalinstrumentiertisch 375
 Ischias, zur Aetiologie 33
 — tuberkulösen Ursprungs 245
 —, Fehldiagnose 32
 — und Proctitis senum chron. durch Atophan günstig beeinflußt 341</p> |
|--|--|

J

- | | |
|--|--|
| <p>Jod-Neol Boër 253
 Jodipinperclysmab. Prostatitis 729</p> | <p>Jodmentholinjektionen, Nephritis acuta nach 565</p> |
|--|--|

Jodostarin „Roche“ 461	Jodtherapie der Lungentuberkulose 362
Jodozitin und Arteriosklerose 85	
Jodsalben, Jodausscheidung bei Anwendung von 127	Jodtropolon bei arteriosklerotischen Beschwerden 83

K

Kalichloricum-Zahnpasten gefährlich 447, 573	Kollargol, Erfahrungen über 315 — bei Sepsis 492
Karbol-Glyzerin als Ohrtropfen 164	Kontraktur, hysterische, nach leichtem Unfall 287
Katheterismus, zum aseptischen 16	Kopfschmerzen, Entstehungsweise und rationelle Behandlung 344
Kieferbruchverbände 99	Krebsbehandlung, Zeller'sche 178
Kinderlähmung, Behandlung der spinalen 129	Krebskrankheit, neues Mittel zur Bekämpfung 628
Kirschkernekonvolut im Mastdarm 102	Kreosotal in der Kinderpraxis 714
	Kugelzange, verbesserte 440

L

Lichen ruber planus durch Salvarsan geheilt 33	Lungentuberkulose, Basedow-Symptome bei 308
Lidrandentzündungen, Behandlung 215	—, zerebrale Symptome ohne anatomischen Befund 696
Liquor Hydrastis Bayer 49, 216	—, Zweckmäßigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft bei 563
Lokalanästhesie bei Pulpaextraktionen und Zahnfüllungen 263	—, künstlicher Pneumothorax bei 425
Lokalnarkose, Tod in 15	—, Novokol bei 698
Luminal bei Agrypnie 9	—, Mesbé bei 758
— bei Epilepsie 97	—, zur Prophylaxe 758
—, lokale Hautgangrän nach subkutaner Injektion 13	Lupusbekämpfung und Nasenvorhof 113
Lungenspitzenemphysem und dessen klinische Bedeutung bei Lungentuberkulose 405	

M

Magenerkrankungen, das Röntgenverfahren im Dienste der Erkennung und Behandlung 193	Mal perforant tuberkulösen Ursprungs 245
Magenschmerzen bei Gastritis alcoholica, Behandlung 508	Mamma, Blutausfluß aus der 218
Magensekretion und rheumatische Arthritis 485	—, Totalgangrän als Teilerscheinung puerperaler Sepsis 491
	Mastdarm, Kirschkernekonvolut im 102

- Mastisolbehandlung, Erfahrungen mit 78
 Medinal bei Keuchhusten 231
 Melaena neonatorum 146, 147
 Melubrin bei Rheumatismen 165
 — als Antipyreticum bei Tuberkulose 699
 Meningitis, latent verlaufende tuberkulose 624
 Menthol, Gefahren bei Kindern 109, 110
 Mesbé bei Lungentuberkulose 758
 Methylenblauzusatz zu Lokalanaestheticis 530
 Milzbrand s. Anthrax
 Mittelohrtuberkulose, bisher nicht beobachtete Form 244
 Morphin - Skopolamindämmer-schlaf bei Geburten 348
 Mumps der Sublingualdrüse 230
 Muskelschwund nach Gelenkverletzungen, zur Verhütung 408

N

- Nabelschnur, ist doppelte Unterbindung notwendig? 240
 Nagelekezem, Behandlung 223
 Naphthalinvergiftung, Fall 475
 Narcophin 379
 — in der Geburtshilfe 747
 Nasenvorhofspiegel, vergrößernder anastigmatischer 113
 Nebennieren, Hämatom bei einem Neugeborenen 470
 Neosalvarsan bei Syphilis 52, 174, 360, 559
 Nephritis acuta nach impetiginösem Ekzem 222
 — — nach Jodmentholinjektionen 565
 — syphilitica acuta praecox 752
 Nephritishaemorrhagica bei hereditärer Lues 750
 Neuritis, arteriosklerotische 270
 Neurosen nach geringfügiger Finger-
 verletzung 38
 Neurosen, traumatische 35
 Nierendabetes in der Gravidität 277
 Nitroglyzerin gegen Seekrankheit 173
 Novaspirin bei Gallenleiden 186
 Noviform 266, 442, 506, 583
 Novokaininjektion, Folgezustände einer 732
 Novokol bei Lungentuberkulose 698

O

- Obstipatio, Extr. fluid. follic. Sennae bei 600
 —, Sennatin bei 605
 —, Behandlung der chronischen 603
 —, hydrotherapeutische Kur bei chronischer 161
 Ohrensausen, Atropin bei 675
 Ohrekezem, Behandlung 661
 Ophthalmie, metastatische, nach Zahnextraktion 462
 Ophthalmoplegia externa, Kind mit 738
 Opiumentziehung mittels Pantopon 510
 Opiumvergiftung, Behandlung mit faradischen Strömen 339
 Otalgan 164
 Otitis externa furunculosa, Beitrag zur Therapie 479
 — media acuta, Therapie 164, 480

- Ovaradentriferrin in der gynäkologischen Praxis 62, 380, 547
 Ovarialzysten und Aszites, Differentialdiagnose 627
 Oxyuren, Bedeutung bei der Wurmfortsatzentzündung d. Kinder 229
 Oxyuris vermicularis, zur Behandlung 668

P

- Pachymeningitis, posttraumatische 414
 Pankreas, pathologische Veränderungen bei chronischem Alkoholismus 401
 Pantopon bei Lungenbluten 590
 —, Opiumentziehung mittels 510
 —, Arzneiexanthem nach 391
 Pantopon - Skopolamininjektionen, Herabsetzung der Wehenschmerzen durch 291
 Paraffinum liquidum in der Wundbehandlung 436
 Paraffinwatte als Antiphon 326
 Paralyse, Verlaufseigentümlichkeiten der progressiven 347
 —, zur Prognose der progressiven 481
 —, postdiphtherische 535
 Parazentese des Trommelfells, Blutungen bei 590
 —, Anaesthesie bei 650
 Parotis, Schmerzpunkt an der — bei Hirnblutungen 83
 Pediculi capitis, rasche Vernichtung 739
 Pepsin bei Diarrhoe 472
 Perantan, Zimmerdesinfektion mit 265
 Periphlebitis retinalis adolescentium, Tuberkulose als Aetiologie 498
 Peritonitis, diffuse gonorrhoeische 103
 — tuberculosa, zur Therapie 58
 Perityphlitis s. Appendicitis.
 Perkussionshammer mit Maßstab und Sensibilitätsprüfer 638
 Pertussis, Behandlung mit Medinal 231
 —, zur Prophylaxe 549
 —, Thiovinol bei 550
 —, Chineonal bei 740
 —, Tinct. Pulsatillae bei 741
 Phlegmone der oberen Extremität, Behandlung der 551
 Phosphorvergiftung, Gangrän der Nase und Zehen bei 109
 Pilul. ferr. carb. (Blaud) 528
 Pilzvergiftung, Betrachtungen über 545
 Pittylen gegen Pruritis vulvae 610
 Pituglandol 237
 — bei Eklampsie 617
 Pituitrin 238
 —, Wirkung auf die Uteruskontraktionen unter der Geburt 746
 —, Nebenwirkungen bei Injektionen 111
 —, wider und für 685
 Plattfuß, Dysbasia arteriosclerotica und 272
 Pneumonie, genuine lobäre im Kindesalter 743
 —, Pneumokokkenserum bei 289
 —, Behandlung mit großen Dosen Kampfer 606
 Pneumothorax, künstlicher, bei Lungentuberkulose und Bronchiektasien 425
 Polioencephalitis haemorrhagica superior, geheilter Fall 93
 Polyaktol 620
 Prophylacticum Mallebrein, Bekämpfung der Tuberkulose von

- den oberen Luftwegen aus mittelst 429
 Prostataatrophie 114
 —, Behandlung 235
 Prostatitis, Jodipin per clysma bei 729
 Protargol auf chirurgischem Gebiete 435
 Pruritus vulvae, Pittylen bei 610
 Pseudoappendicitis, zur Kenntnis der lymphatischen 21
 Pseudodontalgie 478
 Psoriasis, Behandlung 116, 675
 —, wie soll sie der praktische Arzt behandeln? 641
 — capitis, Euresolspiritus bei 676
 Psychische Erkrankung, 7 Fälle nach gynäkologischer Behandlung geheilt 547
 Psychose nach Erysipel 592
 —, traumatische 35
 Puder, Toilette- und Schmink- 251
 Pyrogallol bei Spina ventosa 243

Q

Quarzlampenbehandlung des Ulcus cruris 247

R

- Rachitis, zur Aetiologie auf Grund der therap. Beeinflussung durch Hypophysenmedikation 676
 Radiculitis, arteriosklerotische 270
 Radiusfraktur, Behandlung mit der Schede'schen Schiene 406
 Retroversio uteri puerperalis, unstillbares Erbrechen bei 488
 Rettigsaft bei Cholelithiasis 717
 Rheumatische Komplikationen, zur Behandlung 556
 Rheumatismen, Atophan bei 165
 —, Ervasin bei 484
 —, Melubrin bei 165, 485
 Rhinitis, Prophylaxe d. Salicyl 166
 — mit Diaspirin 167
 Rhus toxicodendron und seine Giftwirkungen 474
 Ristin 682
 Röntgenbehandlung der Aktinomykose 647
 Röntgenstrahlen zur Feststellung der Gravidität 49
 —, Unterbrechung der Schwangerschaft durch 295
 —, therapeutische Anwendung in der Gynäkologie 65
 Röntgenverfahren im Dienste der Erkennung und Behandlung der Magenerkrankungen 193
 Röstweizen als Diaeteticum 703
 Rotlaufserum bei einem Falle von Schweinerotlauf 680
 Rumination im Säuglingsalter, Therapie 290

S

- Salinofer 679
 Salizylnikotinseife bei Scabies 681
 Salvarsan, Abortivkuren mit 424
 — bei hereditärer Lues 560, 622
 — bei Lichen ruber planus 33
 — bei Scharlach 487
 Salvarsan bei Verrucae 632
 — bei Hyperemesis gravidarum 745
 —, Urticaria nach 570
 —, schwere Arsenikvergiftung nach 493

- Sanasklerose 651
 Scabies, Salizylnikotinseife bei 681
 —, Ristin bei 682
 Scarlatina, Infektionsdauer 611
 —, sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten pathognomonisch? 614
 —, scharlachartige Serumexantheme und ihre Unterscheidung von echter 168
 —, symmetrische Hautangrän nach 170
 —, Behandlung mit Moser-Serum 170, 486
 —, Salvarsan bei 487
 —, Diät bei 487
 Schädelbruch, Lähmung der Vagus-Accessorius - Glossopharyngeus - Gruppe als Folge von 539
 Schädelimpression des Neugeborenen, Behandlung 43
 Scharlachfarbstoffe in Salben, klinische Bedeutung der Giftigkeit 446
 Scharlachrotsalbe und ihre Modifikationen 436
 Schluckbeschwerden bei Larynxerkrankungen, Beseitigung 626
 Schlüsselbeinbrüche, einfacher Verband bei 664
 Schmierkur, farblose 622
 Schnupfen s. Rhinitis.
 Schreibkrampf, Behandlung 44
 Schulterschmerz bei Appendicitis 459
 Schultze'sche Schwingungen als Mittel zur Wiederbelebung Neugeborener 351
 Schwangerschaft, Feststellung durch Röntgenstrahlen 49
 —, Unterbrechung durch Röntgenstrahlen 295
 —, Tuberkulose und 58
 —, Gebärmutterkrebs und 419
 Schwangerschaftsbeschwerden, Behandlung 615
 Schwangerschaftspsychose 684
 Schweinerotlauf, Behandlung mit Rotlaufserum 680
 Schweiß der Tuberkulösen, Virulenz und Kontagiosität 243
 Seborrhoe des Gesichtes und der Kopfhaut, Behandlung 527
 Sedobrol bei Epilepsie 97, 661
 Seekrankheit, Nitroglyzerin gegen 173
 —, Veronal gegen 173, 296
 Sehnenscheidenphlegmone, zur Klinik und Stauungsbehandlung 551
 Seife als Ursache des Hautjuckens 744
 Sein hystérique, Fall von 159
 Selters 699
 Sennatin 605
 Sepsis, Totalgangrän der Mamma als Teilerscheinung puerperaler 491
 —, Kollargol bei 492
 Servietten, Tuchpapier- 701
 Signe de sou bei pleuritischen Exsudaten 232
 Sinecain, Anästhesie mit 650
 Skrofulose, zur Diätetik 56
 Sonnenerythem, Verhütung durch Zeozonpaste 98
 Sophol zur Credéisierung 731
 Sorisin-Codeinat. 716
 Spermatorrhoe, Behandlung 575
 Spina ventosa, Behandlung mit Pyrogallolsalbe 243
 Spiritus-Glyzerin zu feuchten Verbänden 765
 Struma, Symptomatologie und Häufigkeit der intrathorakischen 51
 Sublingualdrüse, Mumps 230
 Syphilis, verspätet ausbrechende 560

- Syphilis im Berufe 357
 —, Ergebnisse der Serumdiagnostik bei kongenitaler 421
 —, Dauer der Kontagiosität und Ehekonsens 494
 — mit verstecktem Primäraffekt 753
 —, Fieber im Tertiärstadium 174
 —, Ikterus bei 621, 691
 — hereditaria, Mißbildungen der Zähne bei 558
- Syphilis, Hemiplegie im Frühstadium 693
 —, akute Nephritis in der Frühperiode 752
 — hereditaria, hämorrhagische Nephritis bei 750
 —, Behandlung in der Praxis 3
 —, Behandlung mit Neosalvarsan 52, 174, 360, 622
 Systogen 48

T

- Tabes, Haematoemesis bei 496
 —, gastrische Krisen bei 497
 —, spezifische Behandlung der Arthropathien 498
 —, Reflexe bei 561
 — der Frauen 562
 — und Schwangerschaft 675
 Tampol „Roche“ 377
 Tapeten, Vergiftungen durch arsenhaltige 598
 Tendovaginitis am Processus styloideus radii, stenosierende 55
 — crepitans, Fibrolysin bei 54
 Tentoriumrisse, Bedeutung für das neugeborene Kind 700
 Thermophor für die Praxis parva 378
 Thigenol in der Frauenpraxis 507
 Thiovinol bei Bronchitis und Pertussis 550
 Thrombose, prämonitorische Symptome 360
 Thyreoidin bei Hyperemesis gravidarum 420
 Thyreose und Tuberkulose 699
 Tinct. Pulsatillae bei Keuchhusten und Bronchitis 741
 Toilette- und Schminkpuder 251
 Trauma, Bedeutung für Entstehung und Wachstum krankhafter 432
- Trigeminusneuralgie, interne Galvanisation der Mundhöhle bei 477
 Trivalin 188, 522
 Trommelfellanaesthesia 648, 650
 Tryen beim Vaginal- und Uteruskatarrh 501
 Tuberculum maius humeri, isolierte Frakturen 100
 Tuberkulin, Anwendung durch den praktischen Arzt 303 363
 Tuberkulose der äußeren Genitalien des Weibes 244
 — und Schwangerschaft 58
 — und Auge 705
 —, Guajakose bei 361
 —, zur medikamentösen Behandlung 363
 —, Bekämpfung von den oberen Luftwegen aus mit Prophylacticum Mallebrein 429
 — als Aetiologie der Periphlebitis rectinalis adolescentium 498
 —, kongenitale 624
 —, Thyreose und 699
 —, Melubrin bei 699
 — s. auch „Lungentuberkulose“.
 Tuchpapier-Servietten 701
 Tumoren, Bedeutung des Traumas für Entstehung und Wachstum 432

XVIII

- | | |
|--|--|
| <p>Typhus. Ichthoform bei 569
 Typhusbazillen in der Mundhöhle 368</p> | <p>Typhusranke, wie lange steckt er an? 567
 Typhusverbreitung 368</p> |
|--|--|

U

- | | |
|---|---|
| <p>Ulcus cruris, Behandlung mit Cykloform 246, 629
 — —, Behandlung mit der Quarzlampe 247
 — molle am Finger, durch Autoinfektion entstanden 248
 Umfangmessung, zur Technik 124
 Ureabromin 574
 Urethan in der Kinderheilkunde 203
 Urethritiden nichtgonorrhöischer Natur 760</p> | <p>Urticaria nach Salvarsaninjektionen 570
 —, Behandlung 185, 571
 Uterusblutungen, Indikationen bei 86
 Uteruskrebs und Schwangerschaft 419
 Uterustamponade, zur Technik 85
 Uzara 634</p> |
|---|---|

V

- | | |
|---|--|
| <p>Vaginitis, Tryen bei 501
 Vakzinebehandlung der Gonorrhoe 543
 Varizen, Behandlung 370
 Veronal gegen Seekrankheit 173, 296
 Veronalvergiftung, Therapie 674
 Verrucae an beiden Händen durch einseitige Röntgenbehandlung geheilt 371
 —, Verschwinden nach Röntgenbehandlung einiger 630</p> | <p>Verrucae, zur Frage der Ansteckungsfähigkeit 371
 — planae, Salvarsan bei 632
 Vibrationsmassage 504
 Virilact, ein Prophylacticum gegen venerische Infektion 411
 Vitiligo, traumatische Alopecie und 527
 Vitium cordis als Unfallfolge 571
 Volksheilstätten eine Gefahr für die Umgebung? 564
 Volvulus oder Unfall 249</p> |
|---|--|

W

- | | |
|---|--|
| <p>Wanddesinfektion durch Besprengen mit Formalinlösung 584
 Warzen s. Verrucae.
 Wassermann'sche Reaktion, was nützt sie in diagnostisch zweifelhaften Fällen dem praktischen Arzt? 53</p> | <p>Wassersucht, Kombinationswirkung von Medikamenten bei Herz- und Nieren- 731
 Wehenschmerzen, Herabsetzung durch Pantopon-Skopolamininjektionen 291
 Winke, praktische 378</p> |
|---|--|

X

- Xerose, vaginale Behandlung mit 409

Y

- Yohimbin, bisher nicht bekannte Nebenwirkung 381

Z

- | | |
|--|--|
| Zähne, Mißbildungen bei Erbsy-
philis 558 | Zimmerdesinfektion mit Autan
und Perautan 265 |
| Zahnextraktion, metastatische Oph-
thalmie nach 462 | Zucker in der Geburtshilfe 687 |
| Zebromal bei Epilepsie 95 | Zugverbände mit Tricotschlauch-
binden 541 |
| Zeozonpaste zur Verhütung des
Sonnenerythems 98 | |
-

Bücherschau.

- | | |
|--|--|
| Brunin, C., <i>Moderne Massage</i> 192 | Meisel-Heß, G., <i>Werke</i> 511 |
| Ehrlich, P., <i>Abhandlungen über Salvarsan</i> 575 | Meyer, A. R., <i>Das Buch Hymen</i> 448 |
| Ewers, H. H., <i>Das Wundermädchen von Berlin</i> 575 | Meyer, R. M., <i>Nietzsche, sein Leben und seine Werke</i> 383 |
| Fuhrmann, M., <i>Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten</i> 575 | Rathmann, <i>Die berufliche und freiwillige Krankenpflege der Frau</i> 320 |
| Grünwald, L., <i>Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase</i> 447 | <i>Sammlung klinischer Vorträge</i> 63 |
| Heer, J. C., <i>Gedichte</i> 447 | Scheerbart, P., <i>Astrale Noveletten</i> 64 |
| Hinnerk, O., <i>Ehram und Genossen</i> 255 | — <i>Das Große Licht</i> 319 |
| Kraft, E., <i>Analytisches Diagnosticum</i> 639 | — <i>Lesabéndio</i> 640 |
| Malade, Th., <i>Herrn Bredenfels Ende</i> 192 | Schmidt, Friedheim, Lamhofer, Donat, <i>Diagnostisch-therapeutisches Vademecum</i> 510 |
| <i>Medizinalkalender</i> 128, 254, 319 | Schröder, R. A., <i>Elysium</i> 448 |
| | Vogeler, A., <i>Diätvorschriften für Gesunde und Kranke</i> 639 |
-

Namenverzeichnis.

A.

Abel (Berlin) 501
 Ahlfeld (Marburg) 239
 Albrecht (München) 103
 Alexander, W. (Berlin) 32
 Almkvist, J. 753
 Althoff (Attendorn) 733
 Andronesca, E. (Bukarest) 560
 Anufriew, A. 557
 Arnd, C. (Bern) 142, 540
 Ascher, B. 287
 Auerbach (Detmold) 436

B.

Bach, H. (Bertrich) 28
 Bachem, C. (Bonn) 447, 573
 Baer, O. (Hamburg) 268
 Bagynsky, A. (Berlin) 556, 611
 Bahrdt (Leipzig) 655
 Bamberg (Charlottenburg) 350
 Bamberger (Kronach) 491
 Barbier, H. (Paris) 624
 Bauereisen, A. (Kiel) 700
 Baumann (Kiel) 263
 Beck (München) 461
 Beisele, P. (Tutzing) 340
 v. Benezur, J. (Budapest) 280
 Benthaus 544
 Bergemann, H. (Husum) 705
 Berger, H. (Friedenau) 65
 Berger, F. (Köln) 17
 Berkhan, O. (Braunschweig) 190
 Bernecker, O. (Berlin) 522
 Bertling, F. (Göttingen) 203

Bierast (Halle) 724
 Biermann (Heidelberg) 277, 741
 Biermer, R. (Wiesbaden) 291
 Binswanger (Jena) 154
 Blegvad N. R. (Kopenhagen) 648
 Blochmann (Göttingen) 91
 Blühdorn, K. (Berlin) 536
 Blum, F. B. (Zürich) 127
 Boas, J. (Berlin) 600
 Bongartz, H. (Nürnberg) 614
 Borchard, M. (Berlin) 727
 Boß, S. (Straßburg) 220
 Brodfeld, E. (Krakau) 621
 Bosse, B. (Berlin) 385, 449, 513
 Bovermann, H. (Langendreer) 111
 Braendle (Breslau) 247
 Brandenburg, F. (Winterthur) 441
 Brandenstein (Berlin) 272
 v. Brandenstein, H. (Geesthacht) 308
 Brauer (Hamburg) 398
 Brauns (Eisenach) 267
 Brewer, J. W. 173
 Brieger, L. (Berlin) 529
 Brodfeld, E. (Krakau) 248, 760
 Brückner (Dresden) 487
 Brückner, G. (Saarbrücken) 368
 Brühl, G. (Berlin) 164, 508
 Brugsch, Th. (Berlin) 24, 208
 v. Brunn, M. (Tübingen) 13
 v. Buczányi, J. (Budapest) 161
 Bull, P. (Christiania) 428
 Burwinkel, O. (Nauheim) 173
 Butean, N. (Budapest) 225
 Buttersack (Trier) 744

C.

Cahn (Straßburg) 218
 Cammert, E. (Halle) 506
 Camphausen (Görbersdorf) 550
 Casper, L. (Berlin) 235
 Castaigne 593
 Cavazza, E. (Modena) 83
 Chajes 527
 Chalier 561
 Charuel 545
 v. Coellen, P. (Remagen) 530
 Cohn, L. 58
 Cohn, J. (Berlin) 729
 Cohn, R. (Charlottenburg) 619
 Conradi, F. (Halle) 724
 Cordes, M. (Berlin) 121
 Credé, B. (Dresden) 605
 Credé-Hörder, C. (Berlin) 216
 Czablewski (Berlin) 16
 Czerwinski (Danzig) 263

D.

Dalle, M. 496
 Daniel, J. (Berlin) 361
 Decker, C. (Köln) 406, 436
 Delbanco (Hamburg) 371
 Dienst, A. (Leipzig) 627
 Dietrich, A. (Charlottenburg) 624
 Dietsch, A. (Berlin) 89
 Dörken, F. (Göttingen) 765
 Dommartin, J. 545
 Donath, J. (Budapest) 284
 Dransfeld, E. (Hannover) 535
 Dreves (Linden) 249
 Dubar 530
 Dührssen (Berlin) 471
 Dünzelmann (Leipzig) 622
 Dufaux (Berlin) 542
 Dutoit, A. (Montreux) 321

E.

Eberhart, F. (Cöln) 438
 Ebstein, E. (Leipzig) 638

Ebstein, W. (Göttingen) 29
 Eichler 493
 Eiselt, J. 100
 Engel, H. (Berlin) 581
 Ephraim, A. (Breslau) 214
 Eschle, C. R. (Sinsheim) 44
 Etheridge, F. L. 732
 Etienne 498
 Eulenburg, A. (Berlin) 661
 Eysell, A. (Kassel) 167

F.

Feer, E. 402, 607
 Fehde (Berlin) 315
 v. Fellenberg 121
 Findley, P. (Omaha) 460
 Fischel, L. (Berlin) 729
 Fischer, G. (Budapest) 591
 Fischer, F. (Düsseldorf) 62
 Fischer, O. (Prag) 93
 Flatau, G. (Berlin) 573
 Flesch, J. (Wien) 736
 Flörcken, H. (Paderborn) 55
 Foikler (Berlin) 543
 Foerster, P. (Breslau) 270
 Fornet 593
 Fouvielle 545
 Fraenkel, H. (Halle) 740
 Frank, E. R. W. (Berlin) 372
 Frank, P. (Berlin) 125
 Frank (Dudweiler) 140
 Frank (Hamburg) 296
 Frankenstein, J. (Berlin) 510
 Freund, R. (Berlin) 418
 Freund, H. (Straßburg) 49
 Freund, E. (Triest) 424
 Frey, E. (Jena) 141
 Friedenwald, J. 497
 Friedmann, G. A. (New York) 271
 Fries, H. (Greifswald) 236
 Fromme (Berlin) 417
 Fronz, E. (Wien) 549
 Fruhinsholz, A. 695
 Fuld, E. (Berlin) 473, 735

G.

Gaucher 558
 Geisse, A. (Freiburg) 74
 Gerber (Königsberg) 113
 Gigon, A. (Basel) 701
 Gilg, E. (Berlin) 474
 Goedel, R. (Berlin) 651
 Göppert, F. (Göttingen) 222, 713
 Goetz, H. E. (Knoxville) 712
 Goldammer, C. 277
 Goldstein, M. (Berlin) 9
 Gooding, S. 732
 Gougerot, H. 560
 Grant, J. W. G. 405
 Grumme (Fohrde) 717
 Grunmach, E. (Berlin) 49
 Gudden, H. (München) 762
 Gumtau (Spandau) 645

H.

Hadda, S. (Breslau) 431
 Härtel, E. (Breslau) 745
 Hagemann (Kopenhagen) 186
 Hahn, R. (Berlin) 750
 Halberstadt, R. 222
 Halberstädter, L. (Berlin) 630
 Halle (Berlin) 764
 Haller, H. (Jenesien) 569
 Hammer (Karlsruhe) 124
 Haun (Gladenbach) 550
 Hauptmann, A. (Freiburg) 96
 Hauptmann, K. (Halle) 740
 Hecht, A. (Beuthen) 363
 Hegler (Hamburg) 230
 Heimann, E. (Stuttgart) 48
 Heine, L. (Berlin) 475
 Heinicke (Waldhelm) 159
 Heinrich (Weyarn) 326
 Heller, J. (Berlin) 223
 Henius, M. (Berlin) 193
 Henle, A. (Dortmund) 381
 Herbst, M. (Berlin) 104
 v. Herrenschwand, F. 224
 Herz, J. (Schwelm) 183

Herz, M. (Wien) 647
 Herzberg (Berlin) 610
 Herzfeld, E. (Zürich) 127
 Hesse, O. (Berlin) 699
 Heuck, W. 559
 Hildebrand, B. (Freiburg) 668
 Hildebrandt, H. (Halle) 670
 Hilferding-Königsberg, M. (Wien) 615

Hinsberg, V. (Breslau) 626
 Hirsch, M., 351
 Hirschberg, A. (Berlin) 274
 Hirschberg (Posen) 341
 Hirschbruch (Metz) 265
 Hirschkowitz (Kissingen) 703
 Hirz, O. (Harburg) 634
 Hoeber, W. R. (Augsburg) 620
 Hoffendahl (Berlin) 99
 Hoffmann, E. (Bonn) 494, 752
 Hoffmann, P. (Friedenau) 573
 Hoffmann, A. (Goldberg) 43
 Hoffmann, J. (Heidelberg) 346
 Hofstätter, R. (Wien) 546
 Hohmann, G. (München) 407
 Holz, F. (Berlin) 85
 Hübner (Marburg) 381
 Hübscher, C. (Basel) 408
 Huitfeldt (Kristania) 338
 Hunaeus, G. (Hannover) 714

I

Igersheimer, J. 498
 Iversen, J. (Petersburg) 606

J

Jach, E. (Altscherbitz) 574
 Jaeger, O. (Leipzig) 45
 Jampolsky, F. (Wien) 462
 Jansen (Stralsund) 664
 Jarosch (Friedrichsheim) 429, 758
 Jaschke, R. Th. (Gießen) 747
 Joachim, G. (Berlin) 527
 Jodicke, P. (Stettin) 95
 Joseph, M. (Berlin) 641
 Junghans, R. (Berlin) 552

K

Kafemann (Königsberg) 543
 Kahr (Nürnberg) 246
 Kaiser (Dresden) 599
 Kall, K. (Würzburg) 52, 681
 Kallert (Neustadt) 584
 Kapp, J. F. (Berlin) 251
 Kasemeyer, E. (Homburg) 414
 Kausch, W. (Berlin) 492
 Keibel, E. (Berlin) 652
 Kenneknecht, K. (Hamburg) 243
 Keppler, W. (Berlin) 551
 Kißling (Hamburg) 528
 Klausner, E. (Prag) 391
 Klein, S. (Wien) 713
 Kleinschmidt (Berlin) 33
 Klien, R. (Leipzig) 395
 v. Klot, B. (München) 294
 Klotz, M. (Straßburg) 58, 98
 Klotz, R. (Tübingen) 676
 Kober (Halle) 755
 Koch (Giessen) 470
 Koehn, J. W. (Chicago) 575
 Koller, K. 60
 Koreck (Oescanád) 420
 Korb, P. (Liegnitz) 716
 Kowanitz, O. A. (Wien) 592
 Kraemer, F. (Frankfurt a. M.) 223, 360
 Krakauer (Brieg) 617
 Kraner (Berlin) 399
 Kraus (Nürnberg) 738
 Krause (Rawitsch) 628
 Kreuzfuchs, S. (Wien) 51
 Kümmell (Hamburg) 114
 Kuster, K. (Berlin) 532
 Küster (Freiburg) 74
 Kuttner, L. (Berlin) 598

L

Lamers, A. J. M. (Halle) 583
 Lang, F. 592
 Lange, F. (München) 483
 Langenstraß (Jena) 537

Ledderhose, G. (Straßburg) 143
 Lehmann, K. (Berlin) 217
 Leitz, T. F. 497
 Lėjars, F. (Paris) 480
 Lenzmann (Duisburg) 487
 Lévai, J. (Budapest) 285
 Levy, R. (Breslau) 647
 Levy (Metz) 265
 Lewin, C. (Berlin) 178
 Lichtenstein (Leipzig) 242, 420
 Lieblein, V. (Prag) 21
 Lier, W. (Wien) 570
 Lilienthal, L. (Berlin) 729
 Linck (Königsberg) 650, 661
 Lion, L. (St. Petersburg) 94
 Lipowski (Bromberg) 603
 Lissauer, M. (Königsberg) 401
 Lochmann (Straßwalchen) 459
 Loeb, H. (Mannheim) 632
 Löffler, G. 758
 Loewy, J. (Berlin) 83
 Lohnstein, H. (Berlin) 396
 Lorand, A. (Karlsbad) 344
 Lotsch, F. (Berlin) 702
 Lowinsky, J. (Berlin) 736
 Lubarsch (Düsseldorf) 432
 Lublinski, W. (Berlin) 110
 Lüders, C. (Wiesbaden) 590

M

Mackenrodt, A. (Berlin) 86
 Mackenzie, R. L. 485
 Maier, H. W. (Zürich) 97
 Mairet 284
 Malinowsky, M. (Kasan) 746
 Mann, Th. (Freiburg) 646
 v. Marenholtz (Nürnberg) 215
 Margoniner, J. (Berlin) 654
 Marquis, E. (Rennes) 331
 v. Marschalkó, Th. (Klausenburg) 174
 Martin, A. 563
 Marx (Prag) 663
 Mayer, W. (München) 481

Mayerhofer, E. 290
 v. Mayersbach, L. (Graz) 442
 Mayet, L. 109
 Melchior (Breslau) 100
 Mendel, K. (Berlin) 562
 Mendelsohn, M. (Berlin) 504
 Merkel, F. (Nürnberg) 86, 237
 Merz, H. (Basel) 525
 Meumann, E. 557
 Meyer, A. (Berlin) 466
 Meyer, E. (Straßburg) 212
 Meyer, M. (Straßburg) 725
 Michaelis, P. 565
 Michaelis, W. (Leipzig) 266
 Michelson, J. (Hamburg) 375
 Möller, J. (Kopenhagen) 244
 Möller, W. (Lund) 240
 Moro, E. 56
 Motais (Angers) 535
 Müller, O. (Berlin) 253
 Müller, R. (Elberfeld) 636
 Müller de la Fuente (Schlangenbad) 39
 Mulzer, P. (Straßburg) 52, 162

N

Neff, L. (Freiburg) 16
 Neukirch, P. (Berlin) 165
 Nieveling (Lippspringe) 362, 500
 Niewert (Teterow) 378
 Nitze, O. (Berlin) 377
 Nordmann, O. (Berlin) 656, 718
 Novak, J. (Wien) 277
 Nové-Josserand 561

O

Obermüller, H. (Mainz) 164
 Oldag (Meissen) 102
 Oppenheim, H. (Berlin) 443
 Ortenau, G. (Reichenhall) 547
 Ország, O. (Budapest) 405
 Oser, E. G. (Wien) 54
 Otto, E. (Wiesbaden) 547
 Overlach (Berlin) 188
 v. Oy (Elberfeld) 328

P

Parassin, J. (Budapest) 698
 Pasch, E. (Breslau) 590
 Paschkis, H. (Wien) 338
 Pericic, B. (Zara) 80
 Perl (Koložsvár) 368
 Perrin 498
 Philippi 57
 Pickenbach (Berlin) 38
 Piering, O. (Prag) 687
 Piery, M. 242
 Pinkus (Berlin) 116
 Polland, R. (Graz) 33, 765
 Poncet, A. 242, 245
 Porges, O. (Wien) 277
 Pototzky, C. (Berlin) 136
 Prager-Heinrich, H. (Berlin) 409
 Pujol 110
 Pulawski, A. (Warschau) 51
 Purjesz, B. (Koložsvár) 368

Q

Querner, E. (Hamburg) 696

R

Raecke (Frankfurt a. M.) 35
 Rehn (Jena) 157
 Reichmann (Jena) 678
 Remy, A. 695
 v. Reuß, A. (Wien) 470, 471, 764
 Rheindorf (Berlin) 229
 Rhese (Königsberg) 214
 Richards, G. L. 480
 Richter, P. F. (Berlin) 257
 Richter (Liegnitz) 484
 Rieck (Mainz) 685
 Riedel, A. (Rothenburg a. T.) 229
 Ritschl (Freiburg) 273
 Ritter, G. (Berlin) 15
 Robinson, W. J. 597
 Roemheld, L. (Schloß Horneegg a. N.)
 53
 Rosenbaum, Th. (Berlin) 679
 Rosenberg, O. (Berlin) 691

XXVI

Rosenfeld, F. (Stuttgart) 231
 Rost, E. (Berlin) 475
 Roy, M. 478
 Rubin, H. (Oberhausen) 333
 Rummel, H. (Mittweida) 61
 Rumpf (Bonn) 146
 Rusca, F. (Bern) 142

S

Saalfeld, E. (Berlin) 105
 Saar (Berlin) 485
 Saar (München) 629
 Saathoff, L. (Oberstdorf) 699
 Sabatié 185
 Saniter (Berlin) 440
 Schäfer, R. (Karlsruhe) 564
 Scheele, K. 446
 Schepelmann, E. (Halle) 650
 Schick, B. (Wien) 170
 Schlesinger, A. (Berlin) 593
 Schlüchterer, B. (Chemnitz) 693
 Schmid, H. H. (Prag) 238, 334
 Schmieden (Berlin) 29
 Schmerz, H. (Graz) 72
 Schottelius, M. (Freiburg) 331
 Schreiber, E. (Magdeburg) 3
 Schrenk, Th. (Heidelberg) 165
 Schüle (Freiburg) 596
 Schumacher, E. (Trier) 567
 Schwenk, A. (Berlin) 622
 Sebastié 571
 Seegers, K. (Uchtspringe) 219
 Seifert, O. (Würzburg) 244, 330
 Sick, P. (Leipzig) 166
 Siebenmann (Basel) 539
 Silberstein Berlin (170)
 Sitzler, K. (Hamburg) 435
 Slatowerchownikow, B. M. (Kiew)
 232
 Sommerfeld (Berlin) 148
 Sonnenfeld, J. (Berlin) 380
 Soucek, A. (Wien) 716
 Sperling, M. (Königsberg) 488
 Spiegel, S. (Kuschwarda) 577

Spieß, G. (Frankfurt a. M.) 298
 v. Stalewski (Freiburg) 379
 Steffen, H. (Zürich) 724
 Steiner (Berlin) 85
 Steiner, O. (Bern) 421
 Steinhauer (Seligenstadt) 81
 Stephan (Greifswald) 147
 Stern, K. (Fürth) 371
 Stern, K. (Heidelberg) 174
 Sternberg, W. (Berlin) 376
 Steyerthal (Kleinen) 347
 Stolz, M. (Graz) 745
 Straik, J. G. 695
 Strauß, H. (Berlin) 731
 Strauß, E. (Frankfurt a. M.) 28
 Strisower, R. (Wien) 277
 Stroscher (Bautzen) 360
 Stulz (Berlin) 382
 Szekeres, O. (Budapest) 486

T

Tavel 370
 Taylor, F. 339
 Tedesco, F. (Wien) 666
 Thilo (Riga) 311
 Thole, K. (Perl) 674
 Thürlings, M. 743
 Tièche (Zürich) 585
 Tiling, K. (Berlin) 327
 Tissot, F. 472
 Tobias, E. (Berlin) 562
 Topp, R. (Berlin) 524
 Trebing, J. (Berlin) 507
 Treitel (Berlin) 665, 682
 Treitner, A. (Innsbruck) 539
 Tsiminakis, C. (Athen) 726

U

Ullmann, K. (Wien) 411
 Umber, F. (Berlin) 168
 Unger, E. (Berlin) 269
 Unterstenhöfer, J. F. 731

V

Várkonvi, E. (Budapest) 571

Veiel, Th. 223, 660
 Veit, C. E. (Halle) 391
 Vieten, G. (Boele-Hagen i. W.)
 303, 363
 Vitek, V. (Prag) 477
 Volhard, F. (Mannheim) 425
 Vole (Furth) 238, 691
 Vorpahl (Greifswald) 146
 Voß, J. (Leopoldshöhe) 680
 Vulpius, O. (Heidelberg) 129

W

Wachtel, H. (Wien) 31
 Wagner, A. (Lübeck) 78
 Wagner, R. 109
 Walford, W. G. 445
 Walther, H. (Giessen) 62
 Walz (Meiningen) 103
 Watson, D. 276
 Weber, W. 419
 Weiß, L. (Berlin) 105
 Weiß, O. (Berlin) 393

Weissenberg, S. (Elisabethgrad)
 675
 Weitz, W. (Hamburg) 289
 Westphal, A. (Bonn) 336
 Whitfield, A. 739
 Wiedemann, A. (Straßkirchen) 722
 Wilcke (Genthin) 741
 Winfield (Brooklyn) 675
 Winternitz (Halle) 186
 Wolff, W. (Berlin) 29, 185
 Wolff, A. (Straßburg) 52
 Wolffberg (Breslau) 463
 Wollenberg (Straßburg) 684
 Woodwack A. S. 485

Z

Zabel, E. (Rostock) 580
 v. Zeißl, M. (Wien) 357
 Ziegenspeck, R. (München) 589
 Zografides, A. (Athen) 479, 726
 Zweifel (Leipzig) 348



3 9015 05976 9383

